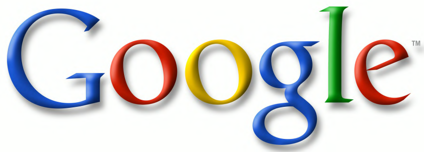
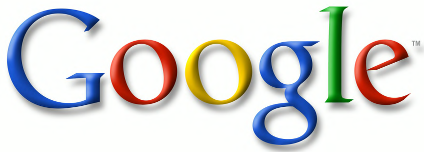
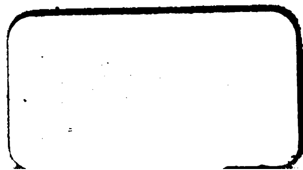








ANNALES
D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

PAR LE DOCTEUR FLORENT CUNIER,

CHEVALIER DE L'ORDRE MILITAIRE DE LÉOPOLD,
MÉDECIN-OCULISTE DE LL. AA. RR. LE DUC DE BRABANT ET LE COMTE DE FLANDRE,
CHIRURGIEN DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE BRUXELLES,
ANCIEN MÉDECIN MILITAIRE, MEMBRE DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS DE MÉDECINE D'AMSTERDAM, ANGERS,
ANVERS, ATHÈNES, BADEN, BARCELONE, BERLIN, BORDEAUX, BRESLAU,
BRUGES, BRUXELLES, COPENHAGUE, COROGNE, DRESDE, ERLANGEN, GAND, HALLE, HAMBOURG,
HEIDELBERG, HOORN, IENA, LIÉGE, LISBONNE, LONDRES,
LYON, MADRID, MALINES, MONTPELLIER, NANTES, NOUVELLE-ORLÉANS,
PALMA DE MALLORCA, PARIS, PUERTO DE SANTA-MARIA,
RIO-DE-JANERIO, ROTTERDAM, SARRAGOSSE, STRASBOURG,
VALENCE, VERVIERS, VIENNE, ETC.,

Onzième Année.

TOME XX.

4e SÉRIE. — TOME 2e.

BRUXELLES,
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
22, RUE DES COMÉDIENS;
A PARIS,
CHEZ GERMER BAILLIÈRE, 17, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

2e SEMESTRE 1848.

LISTE DES COLLABORATEURS.

ANGLETERRE.

MM. Lawrence, à Londres. Mackenzie, à Glasgow. Middlemore, à Birmingham.

AUTRICHE.

MM. Gulz, à Vienne. Piringer, à Grätz.

BADEN.

MM. Chelius, à Heidelberg. Scherrer, à Constance.

BAVIÈRE.

MM. C. Canstatt et Heyfelder, à Erlangen. Textor, à Würzbourg.

BELGIQUE.

MM. Ansiaux (le professeur N.) et Ansiaux (Jules), à Liége. Bastings, à Bruxelles Binard, à Bruges. Burggraeve, à Gand. Deconde, à Liége. Fallot, à Namur. Gouzée, à Anvers. Hairion, à Louvain. Henrotay, à Bruxelles. Jans, à Peér. Loiseau, à Namur. Rieken, à Bruxelles. Stiévenart, à Mons.

BRÉSIL.

M. R.-J. Faria de Mattos, à Maranhão.

DANEMARCK.

M. N.-G. Melchior, à Copenhague.

ESPAGNE.

MM. Escolar, à Madrid. De la Mota, à Medina-Sidonia. Fontan, à Jerez.

FRANCE.

MM. Bouchacourt, à Lyon. Bouisson, à Montpellier. Caffe, Desmarres et Deval, à Paris. H. Duval, à Argentan. Furnari, à Paris. Guépin, à Nantes. Mirault, à Angers. Pamard, à Avignon. Pétrequin, à Lyon. Serre (d'Uzès), à Alais. Serre, à Montpellier. Sichel, à Paris. Stoeber, à Strasbourg. Tavignot et Velpeau, à Paris.

HOLLANDE.

MM. Hendricksz (W.), à La Haye. Kerst, à Utrecht. Mensert, à Amsterdam. Sebastian, à Groningue. Snabilié, à La Haye. Van den Broeck, à Utrecht.

PRUSSE.

MM. Andreae, à Magdebourg. Blasius, à Halle. C. Noeggerath, à Rolandseck.

RUSSIE.

MM. Evenics, à Moscou. Vanzetti (le professeur), à Karkov.

SAXE.

MM. Ammon (le chevalier d'), Baumgarten, Beger et Warnatz, à Dresde.

SUISSE.

MM. Maunoir (le professeur), à Genève. Rau, à Berne.

TURQUIE.

M. Rigler, à Constantinople.

WURTEMBERG.

M. G. Hoering, à Heilbronn.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XX. — 4e série. Tome 2e. — 1re livraison.

JUILLET 1848.

I. — TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉORIE DES ÉTINCELLES, DES ÉCLAIRS, ET AUTRES APPARENCES LUMINEUSES QUI SE DÉVELOPPENT DANS L'AMAUROSE;

Par le docteur HÉGÉSIPPE DUVAL (d'Argentan).

On connaît mal, ou plutôt on ne connaît pas du tout les propriétés physiques du fluide nerveux. Quoi qu'il en soit, on désigne généralement par cette expression l'agent de la sensibilité et de la contractilité. Les nerfs, considérés comme les conducteurs de ce fluide, soit qu'il circule dans leurs tuyaux extrêmement délicats, soit qu'il se propage à leur surface, à la manière du fluide électrique sur ses conducteurs, doivent, pour que cette action puisse s'exécuter, communiquer librement avec l'organe sécréteur : le cerveau. Si donc, par une cause quelconque, cette communication venait à être interceptée, la paralysie absolue, ou seulement l'insensibilité de la partie où vont se distribuer ces nerfs, serait la conséquence immédiate de cette interception. Sans rechercher la nature intime de ce fluide invisible que nos moyens d'investigation ne nous ont pas encore appris à connaître, sans rechercher davantage quelle est son origine, ni s'il dérive uniquement du cerveau, on doit toutefois admettre que l'intégrité des parties qui concourent, d'une part, à sa formation, et, d'autre part, à sa transmission, est indispensable pour que cette action nerveuse ait lieu, et reconnaître que si, par une cause, quelle qu'elle soit, cet organe élaborateur venait à être altéré dans sa composition chimique, cette altération entraînerait nécessairement un changement dans la composition du fluide nerveux (fluide sécrété) et, par suite, enfin, une altération dans les fonctions.

Les quelques mots suivants, relatifs à la composition chimique du cerveau et aux différentes altérations pathologiques qu'a offertes l'analyse de cet organe, nous amèneront à émettre notre opinion sur l'apparition des étincelles, des éclairs, finalement des taches

noires, qui, dans l'amaurose, ne sont, en dernière analyse, que la suite de ces apparences lumineuses.

D'après les recherches de M. Couërbe, le cerveau de l'homme est composé : 1° d'une matière grasse blanche, à laquelle il a donné le nom de *cérébrote ;* 2° d'une graisse jaune pulvérulente, *stéaroconote ;* 3° d'une graisse jaune élastique, *céphalote ;* 4° d'une huile jaune, rougeâtre, *éléencéphole ;* 5° enfin de *phosphore*, de *soufre*, d'*osmazône*, de *sels inorganiques* et d'une énorme quantité de *cholestérine*.

Ayant analysé un très-grand nombre de cerveaux d'aliénés, ce chimiste reconnut chez ces malades une différence notable dans les rapports des parties que nous venons d'énumérer avec le phosphore, qui excédait en cette circonstance l'état normal de 0,03, 0,04, 0,04 1/4 et 0,05 pour cent. Plusieurs cerveaux d'idiots, ayant également été analysés, présentèrent des rapports inverses : ils ne fournirent que 0,01 à 0,005 de phosphore. Les parties grasses prédominaient ici sur la quantité de phosphore, qu'il avait constamment retrouvée en proportion déterminée dans le cerveau de l'homme jouissant de toutes ses qualités physiologiques. De ces données il tira cette conséquence : que l'aliénation mentale dépend d'une perversion de nutrition de l'encéphale, et que cette perversion consiste en une quantité de phosphore sécrétée en plus grande proportion que ne le comporte l'état normal.

Nous nous écarterions de notre sujet en suivant plus loin M. Couërbe dans ses intéressantes recherches; qu'il nous suffise d'avoir indiqué le résultat de ses travaux et fixé notre point de départ. Ayant conséquemment traité un cerveau d'amaurotique, d'après son mode d'analyse indiqué, par l'éther et par l'alcool bouillant, nous obtînmes pour les lobes antérieurs, que nous avions cru devoir séparer du reste de l'encéphale, des chiffres qui se rapprochent de ceux qu'il note dans son travail.

Les couches optiques seules, en y comprenant la rétine et les nerfs optiques, suivies jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, toutes proportions de pesanteur gardées fournirent bien manifestement une quantité de phosphore plus considérable même que celles qu'il donne comme les plus élevées qu'il ait trouvées.

Le cervelet présenta des résultats rentrant dans ses chiffres.

Partant du même principe, nous sommes arrivé au corollaire de la même conséquence. Les parties antérieures de l'encéphale se trouvaient dans les conditions que l'on peut présumer physiologiques, d'après la moyenne notée par M. Couërbe. Rien d'insolite

de ce côté. Le malade s'était plaint de douleurs vagues dans la tête, avait eu des étourdissements; mais il avait offert les signes d'une pléthore générale, ce qui pouvait parfaitement expliquer ces phénomènes (1).

(1) La réunion des symptômes présentés par ce malade était trop caractéristique pour qu'il fût possible de douter de la nature de sa maladie : maux de cœur, étourdissements, hallucinations, tintements d'oreilles, douleurs de tête, diffuses d'abord, et rapportées plus tard à la partie postérieure de l'encéphale; vue trouble, sensations de mouches, d'apparences lumineuses; finalement, apparition d'étincelles et d'éclairs, etc. Ce malade avait été — ceci est hors de doute — affecté d'une amaurose nerveuse torpide, et avait passé par toutes les nuances d'une amblyopie congestive. Le sentiment d'étincelles avait persisté et s'était même augmenté depuis trois semaines, époque à laquelle il avait perdu la faculté de pouvoir distinguer le contour des objets. — Ce malade mourut des suites d'un coup de pied de cheval, qui l'atteignit en pleine poitrine. — L'analyse chimique de son cerveau, que nous rapportons, n'a point été faite par nous, obligé que nous fûmes de nous absenter à cette époque. Un de nos amis, infiniment plus habitué, du reste, à ces sortes de manipulations, et sur la foi et l'exactitude duquel il est impossible d'élever le moindre soupçon, voulut bien s'en charger.

Quelque rigoureusement et consciencieusement qu'ait été fait ce travail, certaines précautions que nous avions indiquées furent négligées : par exemple, nous aurions désiré qu'on analysât séparément le côté droit et le côté gauche, la maladie nous ayant paru dès le principe, et pendant toute sa durée, plus prononcée sur l'un des côtés; cela ne fut point fait. Il eût également été intéressant de préciser exactement les parties cérébrales sur lesquelles on expérimentait, et pour arriver à ce but, à peu près, nous avions indiqué de séparer telles et telles parties que l'on peut en quelque sorte soupçonner présider spécialement à la fonction visuelle, en les déplissant d'après le mode indiqué par M. Foville. Il n'en fut point ainsi : ce cerveau, nous dit-on, avait perdu de sa consistance, et l'on ne put pas procéder de cette sorte; force fut donc de se servir du scalpel, et de tailler un peu au hasard dans la masse encéphalique.

Nous le disons plus haut : nous ne considérons pas ce travail comme ayant une grande valeur scientifique, isolé qu'il est dans la science; mais seulement nous le regardons comme une pierre d'attente. Malheureusement, en province nous n'avons que de très-rares occasions de pouvoir faire l'autopsie des malades que nous perdons, ou plutôt ces occasions sont si hérissées de difficultés, lorsqu'elles se présentent, qu'il faut positivement se mettre hors la loi pour surmonter les fins de non-recevoir mises en avant par l'autorité, et exposer pour ainsi dire son avenir médical en se mettant au-dessus des susceptibilités de famille.

De plus, l'amaurose, durant sa période d'acuité, est rarement mortelle; et si l'analyse que nous donnons n'est pas fautive, comme nous en sommes convaincu, il faut, pour obtenir les résultats que nous annonçons, que la maladie existe sans doute à l'état aigu. Nous allons tout à l'heure nous expliquer sur ce point. Ce n'est donc que par une circonstance toute fortuite qu'il est possible d'arriver à se procurer des matériaux de travail qui se trouvent dans les conditions exigées : par suite, et lorsque l'affection a parcouru toutes ses périodes, il peut se

La partie que l'on pourrait croire former l'appareil optique central, présentait, au contraire, une différence remarquable dans ses rapports élémentaires : n'était-il pas pour lors rationnel de lier cette différence à l'altération des fonctions visuelles qu'avait éprouvée ce malade ?

Nous sommes trop convaincu de la portée restreinte que peut avoir le fait que nous citons, pour qu'il entre dans notre intention de prétendre aujourd'hui lui donner un caractère et une importance arrêtés ; cette conséquence ne pourrait, en effet, tout au plus surgir que d'une grande masse d'observations. Si toutefois, dès à présent, nous devions rechercher les conséquences d'un travail que nous ne considérons, nous le répétons, que comme l'indication d'une idée, voici comment nous croirions pouvoir formuler nos soupçons :

a) Dans l'amaurose, le cerveau nous semblerait éprouver un changement de composition, en ce sens que le phosphore et les matières grasses qui le constituent ne se trouvent plus chez l'amaurotique dans les proportions indiquées comme représentant l'état physiologique (1).

faire que l'organisme rentre dans des combinaisons différentes. C'est en effet ce qui semble résulter de deux autres analyses faites sur des sujets amaurotiques chez lesquels l'affection durait depuis plusieurs années et qui vivaient dans une cécité absolue. Pour ces derniers malades, les proportions de phosphore sont constamment restées d'une manière notable au-dessous des chiffres que M. Couërbe donne comme représentant l'état normal, comme l'expression du type physiologique.

Aux propositions ci-dessus énoncées, nous ajouterons donc encore celle-ci, qui n'en est, au surplus, que la contre-partie, savoir : que l'augmentation de la sécrétion de phosphore, coïncidant avec l'apparition des étincelles et plusieurs autres symptômes de l'inflammation subaiguë du cerveau, la diminution spontanée, ou la formation insuffisante de phosphore, entre, d'autre part, pour quelque chose, sinon pour beaucoup, dans l'abaissement de la fonction visuelle.

Les travaux de M. Frémy sur le cerveau infirment-ils les recherches de M. Couërbe ? Nous ne le pensons pas. M. Frémy n'admet pas, il est vrai, comme principes immédiats quelques-unes des substances annoncées comme telles par M. Couërbe ; mais voilà tout. Quant aux conséquences physiologiques, elles restent les mêmes : qu'importe, en définitive, que le soufre, le phosphore, par exemple, soient isolés ou à l'état de combinaison ? La vérité est qu'ils existent dans le cerveau et qu'on retrouve constamment ces deux corps en proportions variables.

(1) M. le docteur H. Bence-Jones, médecin de l'hôpital Saint-George à Londres, a remarqué que dans le *delirium tremens* la quantité d'acide phosphorique et des phosphates sécrétée est considérablement diminuée ; qu'elle est, au contraire, notablement augmentée dans l'inflammation du cerveau. (*London medico-chirurgical Transactions*, 2e série, 1847, art. IV.)

b) Ce changement de composition serait seulement partiel et localisé aux régions de l'encéphale que l'on peut supposer présider aux fonctions visuelles (1).

c) Et enfin, en raison du phosphore trouvé aggloméré, comme il a été dit avoir été rencontré chez le malade dont nous donnons plus haut l'analyse du cerveau, ce malade ayant été tourmenté par des étincelles, des éclairs, des phantasmes lumineux, etc., serait-ce sortir du vrai en concluant encore que cette sensation pourrait bien être la conséquence de l'excès de quantité sécrétée de ce corps?

Si nous sommes fondé à croire exactes ces conclusions, cette sensation d'éclairs, de flammes, exigerait pour se produire le concours de plusieurs circonstances : d'abord cette condition cérébrale énoncée, et, de plus, l'action d'un stimulus quelconque, soit du sang, par exemple, soit d'un courant galvanique.

Si déjà le phosphore, auquel nous faisons jouer un rôle tout à fait capital dans l'apparition des étincelles, est bien incontestablement, même à l'état inerte, le corps simple le plus extraordinaire qu'on ait encore découvert, que ne doit-il pas advenir de sa présence au milieu de l'organisme, et lorsque ce corps se trouve soumis aux lois de la vie animale, parcouru, par exemple, par des courants électriques?

(1) Voici le résultat de quelques recherches faites sur le mode d'action des diverses parties cérébrales : La lésion d'un des hémisphères cérébraux et d'une des paires des tubercules quadrijumeaux détermine la cécité du côté opposé; la cécité succède le plus souvent aux dégénérescences des hémisphères, en particulier des couches optiques, puis à celles des tubercules quadrijumeaux. — MM. Serres, Bouillaud et Pinel-Grandchamp prétendent, d'après leurs observations, que la paralysie des membres antérieurs dépend le plus fréquemment d'une lésion des couches optiques, et celle des membres postérieurs d'une lésion des corps striés. Les parties dont la lésion entraîne le plus souvent la perte de l'énergie du mouvement, sont les corps striés, les couches optiques, les pédoncules cérébraux et le pont de Varole. — Il est probable, dit Mueller, que le cerveau renferme un élément affectif dont l'excitation peut accroître la force de chaque idée, qui, lorsqu'il entre plus particulièrement en action, exalte toute idée quelconque, même la plus simple, jusqu'au degré de la passion, et qui même dans les rêves donne des couleurs et des nuances affectives aux images; mais nous n'avons aucun moyen de le prouver d'une manière rigoureuse, ni en général, ni en particulier. — M. Flourens prétend que la faculté d'entendre cesse après l'ablation des hémisphères cérébraux. — Les tubercules quadrijumeaux des mammifères et les lobes optiques des oiseaux, des reptiles et des poissons, appartiennent à l'appareil central du sens de la vue, ainsi que les couches optiques des animaux supérieurs, etc.

(Quant à cette nouvelle proposition, nécessaire à notre théorie, nous croyons inutile d'insister sur sa valeur. Ne semble-t-il pas, en effet, résulter des expériences nombreuses faites dans ces derniers temps, que l'électricité est chez les animaux l'agent immédiat du mouvement vital de nutrition, comme il paraît être aussi l'agent immédiat du mouvement de la vie de relation?

Supposons donc cette action nerveuse (source de sensations) mise en jeu par les agents du dehors : quelle en sera la conséquence? Une modification particulière, d'où suivra le développement d'un état électrique différent de celui qui existait antérieurement.

Cette action de l'agent extérieur accomplie, le pôle interne optique devrait à son tour entrer en jeu pour que la sensation s'exécutât ; mais si ce pôle a cessé d'être apte à la modification nécessaire pour que cet acte s'achève, il naîtra de cet état nouveau de l'organisme deux sortes de phénomènes : ou, le cerveau ne pouvant plus fonctionner, il ne se produira rien, le résultat sera la cécité; ou, se trouvant surexcité, comme dans le cas présent, il y aura développement d'un état électrique anormal et perturbateur.

Si maintenant (ceci posé) l'on veut bien se souvenir que l'électricité tend à se porter à la surface des corps, et, d'autre part, que les substances excitantes deviennent plus électriques par cela même qu'elles sont plus excitées, il est dès lors évident que les éléments du cerveau, devenus dans l'amaurose plus excités, pour lors plus actifs qu'ils ne le sont dans l'état physiologique, devront déterminer une plus grande somme d'électricité que ne peut comporter l'organisme, et que finalement il y aura perversion radicale de la fonction, ou, si l'on veut, exagération de la fonction, en d'autres termes, production de flammes, d'aigrettes lumineuses, d'étincelles, phénomènes que l'on peut bien, ce me semble, considérer comme l'exagération de la fonction visuelle.

Les étincelles qui se développeraient en cette occurrence tiendraient à une modification du principe électrique même, lequel jouit, comme on le sait, de la faculté de devenir lumineux à un certain degré d'accumulation.

Selon M. Biot, la lumière, lorsqu'elle se produit dans ces explosions électriques, tient à l'effet de la compression opérée sur l'air. Suivant, dit-il, que le milieu traversé par le courant électrique est plus ou moins dense, et selon que la décharge électrique est plus ou moins énergique, elle produit des lueurs variées, depuis le violet le plus tendre jusqu'au blanc le plus éclatant, etc.

Si l'on admettait que les nerfs servissent de conducteurs, purement et simplement, à un fluide particulier (ce qui ne nous semble pas, au surplus, admissible), ce ne serait plus un dérangement dans la nervimotion qui aurait lieu, mais ce serait une accumulation anormale de ce fluide, dérivant dans tous les cas de la nutrition dérangée de l'encéphale.

Le sang, indépendamment de son action stimulante, indépendamment aussi de la force motrice qui en cette occurrence doit imprimer à ce fluide une surénergie, le sang, disons-nous, lorsque se manifestent ces éclairs amaurotiques, pourrait fort bien aussi agir d'une manière toute mécanique en refoulant contre les parois du crâne la masse encéphalique dans son entier, conséquemment la région sursaturée de phosphore et devenue quasi lumineuse par ce fait, en comprimant, pressant, accolant les uns contre les autres ces atomes de phosphore, qui par leur agrégation forment en partie cette masse cérébrale.

Cette production d'étincelles, dans quelques cas donnés de maladie, serait donc, d'après notre opinion, la conséquence d'un trouble dans le parcours du sang et d'une perturbation dans les courants électriques; ce dérangement complexe proviendrait de l'excitation du cerveau, laquelle excitation, en remontant plus haut encore, dériverait d'un changement survenu dans la régénération encéphalique.

Je suis loin de songer, dois-je le répéter, à présenter cette théorie comme une déduction rigoureuse de faits mathématiquement prouvés; toutefois, on m'accordera, je le crois, qu'elle se rattache aux propositions établies et acceptées dans la science d'une manière plausible.

Présentant mes idées d'un point de vue différent, voici ce que j'écrivais dans une première rédaction de ce mémoire : Une sensation, disais-je, quelle qu'elle soit, est la perception d'un changement survenu dans telle ou telle partie du système nerveux. Dans cette opération mystérieuse de la nature, il y a deux sortes d'action : l'une qui se passe dans les nerfs périphériques, et l'autre qui a lieu dans le cerveau et n'est que la connaissance du premier phénomène vital. Si donc l'un des stimulants que nous venons de dire (le sang, l'électricité) vient à agir sur la rétine, il résultera de cette disposition de l'organisme un phénomène particulier, qui, ayant d'abord porté sur cette membrane, la rétine, ira communiquer ensuite, au moyen du nerf optique, avec le cerveau et y développer un autre

phénomène qui fera juger de la forme, de la couleur, de la nature, en un mot, des objets : *perception* et *sensation*.

Le phénomène de sensation est ici secondaire et subordonné à la perception ; mais dans quelques circonstances le cerveau peut, sans l'intermédiaire d'aucun des nerfs périphériques, éprouver spontanément cet ébranlement *sui generis* qui d'ordinaire est, nous le répéterons, le résultat de l'action du nerf optique sur la partie du cerveau qui préside aux fonctions visuelles. Considérant donc que cette stimulation peut s'opérer sans l'intermédiaire de l'organe immédiat de la vision périphérique (la rétine) et sans l'intermédiaire de l'agent conducteur de la vision (le nerf optique), il doit nécessairement naître de ce travail intuitif un ordre de phénomènes nouveaux, différents des phénomènes qui résulteraient de l'accord de tout l'ensemble nerveux optique. C'est à cet acte interne de l'organisme, à cette sensation nouvelle, que l'on a donné le nom d'*illusion*.

D'après la part énoncée, et que prennent, chacun de son côté, la rétine et le cerveau dans l'acte de la vision, si ces deux points opposés de l'appareil optique venaient à ne se plus trouver en rapport de force, d'activité et d'énergie, il y aurait, comme cela se conçoit aisément, erreur dans le jugement de l'individu qui serait dans cette condition ; phénomène essentiellement différent de cette sensation spontanée que nous avons appelée *illusion*, et différent aussi de la perversion de sensation qui résulterait d'une modification de composition, ou plutôt d'une combinaison nouvelle qui pourrait survenir dans les éléments de l'encéphale. Développons cette idée. Supposons pour un instant les éléments du cerveau dans leurs proportions naturelles : que le sang vienne à y affluer plus abondamment que de coutume, et qu'il y séjourne au delà du temps physiologique, la conséquence sera une suractivité dans toutes les fonctions ; puis, si cet état se prolonge, il surviendra un sentiment de tension, de gêne, de douleur et d'étranglement. Mais que ces éléments cérébraux soient changés, que la quantité de phosphore, telle, par exemple, que nous avons dit l'avoir trouvée chez le malade qui a donné lieu à nos observations rapportées ci-dessus, vienne à être en proportion plus grande que ne comporte l'état physiologique, et que, d'autre part, cet embarras dans la circulation, que nous avons considéré comme diffus et général, se porte particulièrement sur l'une ou l'autre partie du cerveau, que nous pouvons admettre comme plus spécialement affecté, plus apte dès lors à ressentir les

moindres impressions, ce ne sera plus alors une suractivité de fonctions qui résultera de cette réunion de causes pathologiques, ni ces illúsions naturelles qui ne peuvent provenir que du travail d'un cerveau dans les conditions normales, mais ce devront être des sensations absolument en dehors des phénomènes ordinaires et réguliers de la vie :

Phantasmes lumineux, peut-être éclairs, étincelles, mouches de feu, traînées phosphorescentes, soleils tournoyants, etc., si le siége de la maladie se trouve être dans les parties du cerveau qui représentent l'appareil visuel.

Ou bien : bruits sourds, étranges dans la tête; bruit de cloche, bruit métallique, tintements d'oreilles, si c'était cette autre partie du cerveau sous l'influence de laquelle nous percevons les sons, qui fût affectée.

Ou, enfin : créations fantastiques, conceptions bizarres, aliénation mentale, folie, en un mot, si la maladie avait porté sur le point du cerveau d'où émanent les facultés intellectuelles et le jugement (1).

Si attaquable, en définitive, que soit notre théorie, et nous sommes le premier à reconnaître les divers côtés faibles qu'elle présente, nous croyons néanmoins pouvoir dès à présent tirer les conséquences pratiques suivantes, basées autant, au surplus, sur ce qu'on sait aujourd'hui de positif sur l'amaurose, qu'elles sont confirmatives de nos idées.

Donc, pour remédier et combattre l'amaurose (2), on doit agir sur tout l'organisme, et pour cela faire employer des agents thérapeu-

(1) Telle était aussi, ce nous semble, l'idée de Bossuet, quand il disait : « Dans la folie et dans le délire, il arrive de deux choses l'une : ou le cerveau est agité tout entier avec un égal déréglement, alors il s'est fait une parfaite extravagance, et il ne paraît aucune suite dans les pensées ni dans les paroles; ou le cerveau n'est blessé que dans un certain endroit, alors la folie ne s'attache aussi qu'à un objet déterminé. Tels sont ceux qui s'imaginent être toujours à la comédie et à la chasse, et tant d'autres qui, frappés d'un certain objet, parlent raisonnablement de tous les autres, et assez conséquemment de celui-là même qui fait leur erreur.

« La raison est que n'y ayant qu'un seul endroit du cerveau marqué d'une impression invincible à l'âme, elle demeure maîtresse de tout le reste, et peut exercer ses fonctions sur tout autre objet. » (*De la Connaissance de Dieu et de soi-même*, page 145.)

(2) C'est de l'amaurose essentielle, idiopathique, bien entendu, que je veux parler ici, et non pas de la cécité, qu'à tort, selon nous, on a également appelée amaurose, et qui peut provenir, par exemple, d'une exostose des os du crâne, entraînant la compression du nerf optique, ou bien d'une asthénie de l'œil, ayant

tiques choisis parmi ceux susceptibles d'imprimer à l'économie un changement radical dans l'habitude maladive, une secousse violente, en d'autres termes, susceptibles de changer le mode perverti de nutrition, et capables de ramener l'économie à son type physiologique.

Tels sont, en effet, et tels ont été administrés jusqu'à ce jour, fort empiriquement d'ailleurs, l'émétique, la strychnine, le mercure, l'électricité, en un mot les principaux, sinon les seuls médicaments parmi tous ceux qui ont quelquefois réussi dans l'amaurose, et qu'on peut bien, au fait, considérer comme des modificateurs puissants de la nutrition.

Nous reprendrons cette nouvelle manière d'envisager l'amaurose dans un second mémoire.

Deux mots encore sur quelques phénomènes qui, quoique essentiellement différents, se lient néanmoins en quelque sorte au sujet que nous nous sommes proposé de traiter dans cet article : soit, par exemple, l'éblouissement qui résulte d'un coup porté immédiatement sur le globe de l'œil ou dans un rayon rapproché de cet organe, ou bien lorsqu'on fait une chute sur les talons sans fléchir le corps sur les jarrets, etc. Cette espèce de scintillation tient, je pense, à la suspension brusque et au retour très-subit du fluide nerveux dans la rétine; l'organe, surpris en quelque sorte, n'a pas le temps de réagir et ne peut supporter cette surabondance de fluide nerveux, qui, suspendu pour un instant dans son cours ordinaire, tend à revenir promptement, et revient violemment, en quantité plus grande et avec une force supérieure à celle que peut comporter le degré de vitalité de l'organe (1).

A la suite de ces éblouissements, en effet, il succède toujours un

pour conséquence finale un aveuglement par énervation ; ou encore de la cessation de la fonction visuelle à la suite d'un épanchement au cerveau, etc., etc.; et de vingt autres maladies, sinon plus, que l'on a constamment confondues sous cette même dénomination d'amaurose.

(1) Sans qu'aucun objet extérieur frappe nos oreilles. nous y sentons certains bruits qui ne peuvent guère arriver que de ce que, par quelque cause interne que ce soit, le tympan est ébranlé. Par une raison semblable. on voit des étincelles de lumière s'exciter au mouvement de l'œil frappé ou de la tête heurtée: et rien ne les fait paraître que l'ébranlement causé par ces coups dans les nerfs, semblable à celui auquel la perception de la lumière est naturellement attachée.

Et ce qui le justifie, ce sont ces couleurs changeantes que nous continuons de voir, même après avoir fermé les yeux, lorsque nous les avons tenus quelque

temps de torpeur, qui dure jusqu'à ce que la puissance de réaction ait pu contre-balancer et rendre nul cet excès d'afflux nerveux.

C'est à ce même ordre de phénomènes que doivent être aussi, ce nous semble, rapportés ces éclairs que voient constamment les malades à la suite de l'opération de la cataracte, lorsqu'il y a eu perte d'humeur vitrée ; ces éclairs seraient, d'après notre opinion, déterminés par l'allégement et la pesanteur alternatifs sur la rétine, de la colonne de liquide d'où vient cette humeur.

La pression du corps hyaloïdien, dans les conditions physiologiques, ne peut pas être sentie, ou plutôt est nulle lorsque l'œil n'éprouve aucun vide, en ce sens qu'elle se trouve répartie uniformément sur chacun des points du globe oculaire ; mais que, spontanément, ou par le fait d'un instrument tranchant, la force de résistance vienne à céder, de bombé qu'était ce corps après la sortie du cristallin—je suppose le malade couché sur le dos—il tendra pour lors à prendre une forme elliptique, en vertu des lois qui régissent la pesanteur ; et quant au point correspondant à la rupture, il sera allégé de la quantité d'humeur vitrée évacuée et n'aura plus à supporter que la colonne de liquide qui lui sera superposée.

Ce serait donc alors par suite du défaut d'équilibre entre la force d'expansion des vaisseaux dont est formée la rétine (qui l'emporterait) et la force de résistance que devrait lui opposer le corps hyaloïdien, qu'aurait lieu cette perturbation de fonctions ; en d'autres termes, le corps vitré devient mobile par le fait de cette rupture que nous supposons, et se trouve subordonné aux moindres oscillations qui lui viennent à chaque instant de l'organisme (mouvements du corps, de la tête, du sang, systole et diastole, etc.). Si maintenant, par suite du mouvement qui lui est imprimé, il est porté sur un des points de la rétine plutôt que sur l'autre, ce point sera paralysé, et, par suite de ce déplacement, le point voisin sera allégé de la colonne de liquide qui, dans l'état normal, lui résiste. De cet allégement insolite il doit nécessairement résulter un afflux de fluide nerveux dans la rétine, plus considérable que ne peut le com-

temps arrêtés sur une grande lumière ou sur un objet de différentes couleurs, surtout quand elles sont éclatantes.

Comme alors l'ébranlement des nerfs optiques a dû être fort violent, il doit durer quelque temps, quoique plus faible, après que l'objet est disparu. C'est ce qui fait que la perception d'une grande et vive lumière se tourne en couleurs plus douces, et que l'objet qui nous avait ébloui par ses couleurs variées, nous laisse, en se retirant, quelques restes d'une semblable vision. (Bossuet.)

porter la force de réaction de l'organe, et de ce surafflux surgir finalement ces éclairs, ces globes de feu, etc., que nous avons dit se manifester en ce cas.

Ces cercles lumineux à centre obscur, que l'on peut obtenir à volonté en comprimant le globe de l'œil avec l'extrémité des doigts, et qui toujours correspondent à cette pression, ne peuvent également provenir que du reflux d'abord, et de l'afflux en trop grande quantité ensuite, du fluide nerveux, lorsque vient à cesser cette pression.

Même explication encore pour ces zones brillantes que l'on voit parfois la nuit sous le coup d'un mouvement brusque, ou d'une forte contraction du muscle orbiculaire ou des muscles propres de l'œil. Cette force, quelle qu'elle soit, et sans tenir compte d'où elle vient, porte premièrement sur la partie antérieure du globe et refoule en arrière la colonne de liquide, qui de proche en proche va ébranler la partie postérieure correspondante : la rétine.

Si ce n'était la division par cellules du corps hyaloïdien (disposition qui doit : 1° beaucoup amortir l'action des agents capables de déranger l'harmonie de l'œil, et 2° briser, mais non entièrement anéantir, la pesanteur du corps hyaloïdien), les fonctions de cet organe eussent été perverties et troublées à tous moments.

Richter explique l'apparition des boules de feu et des cercles lumineux, phénomène qu'on retrouve assez ordinairement dans l'inflammation de la rétine (rétinite), en disant qu'en cette occurrence il y a distension des vaisseaux sanguins de la rétine. M. Auguste d'Ammon adopte cette opinion, la subdivise, et s'exprime à peu près ainsi : « De même, dit-il, qu'il y a deux espèces de sang, il y a aussi deux espèces de taches : ou bien elles sont lumineuses, ou bien elles sont obscures ; celles qui sont lumineuses proviennent d'un afflux d'une trop grande quantité de sang artériel ; celles qui sont obscures sont dues au sang veineux. Le sang artériel étant en général un irritant vif pour les tissus, et la rétine, plus que toute autre membrane, jouissant d'une sensibilité exquise, doit, lorsqu'il afflue en trop grande abondance, entrer dans un état d'éréthisme, qui la rend extrêmement impressionnable et lui exagère la force des rayons lumineux.

« Si au contraire le sang veineux congestionne l'organe, il y a diminution de sensibilité de la rétine, et la perception des rayons lumineux est affaiblie ; c'est alors qu'apparaissent des brouillards et des ombres. »

En continuant de disséquer cette idée, cet auteur explique également la manière dont les taches lumineuses se convertissent en taches noires. « L'œil, ajoute-t-il, étant soumis à une lumière vive, la sensibilité exaltée de la rétine fait affluer dans le système artériel de cette membrane une très-grande quantité de sang; alors les taches sont lumineuses; mais ce sang, passant ensuite à son tour dans le système veineux en plus grande abondance que de coutume, le distend, et c'est ce qui donne lieu aux taches noires. »

D'après Boerhaave, l'apparition des étincelles et des flammes proviendrait de trois causes différentes : 1° d'une altération de l'humeur aqueuse. Souvent il arrive, dit-il, lorsqu'on regarde attentivement quelque objet éloigné, ou lorsqu'on considère attentivement et longtemps un objet de même couleur, qu'on croit voir des bulles lumineuses allant de côté et d'autre, montant, descendant, et même sautillant, quoique l'œil soit tranquille et dans un repós parfait. Ce même phénomène se développe encore lorsqu'on regarde fixement une muraille d'une même couleur, et, en hiver, lorsque la terre est couverte de neige. Il est difficile sans doute de donner une explication bien satisfaisante de cette disposition anormale; toutefois on peut dire que la première cause est lorsque quelque chose se fixe dans l'humeur aqueuse. Prenons un exemple : lorsque nous regardons des liqueurs claires, comme l'urine ou une solution d'argent, en les exposant entre l'œil et la lumière, et bien que ces liqueurs soient en stagnation et en repos, nous apercevons cependant des facettes lumineuses et même des rayons qui ne paraissaient point auparavant. Ce phénomène se produit particulièrement dans l'urine d'un homme sain, lorsque les sels qu'elle contient viennent à se précipiter. Il pourrait donc bien se trouver dans l'humeur aqueuse quelques corps homogènes qui, lorsqu'ils y étaient dissous, y flottaient sans aucune apparence sensible, et qui par une cause fortuite deviendraient réfléchissants, c'est-à-dire visibles. — Seconde expérience. Qu'on prenne un verre d'eau et qu'on y suspende une boule de verre : si l'on regarde à l'opposite, on verra que la lumière est réfractée dans l'endroit où se trouve la boule beaucoup plus fortement que dans les autres parties de l'eau; or, ne pourrait-il pas se faire qu'il y eût dans l'œil, dans l'humeur aqueuse, quelque corps épais et transparent qui remplaçât cette boule de verre supposée?

Nous concluons de ces conjectures, dit Boerhaave : 1° qu'il peut se former dans l'œil, qui est un vaisseau rempli de liqueur, des corps lumineux, soit, par exemple, dans l'humeur aqueuse, lorsqu'il

y nage des corps solides qui réfléchissent les rayons et les envoient à la rétine; ou encore lorsqu'il se trouve dans cette même humeur aqueuse des parties globuleuses, car alors les rayons qui seraient parvenus directement à la rétine sont brisés comme par un microscope.

Outre ces corpuscules lumineux, il en est d'autres (2°) qui dépendent d'un vice du nerf optique. Dans ce cas, la sensation de lumière paraît et disparaît tout à coup et aussi subitement qu'elle était apparue : ces lumières ne voltigent pas, n'ont aucun mouvement; elles diffèrent donc essentiellement de celles qui proviennent de l'humeur aqueuse. Ce phénomène peut se manifester dans l'état de santé; mais le plus souvent c'est pendant l'état de maladie : si elles sont fréquentes, elles sont un signe précurseur de l'amaurose. Ce phénomène provient de ce que l'artère de la rétine est enflammée et comprimée dans le fond de l'œil; c'est également ce qui arrive lorsque l'œil est comprimé. Dans l'un et l'autre cas, c'est un mouvement mécanique dont la rétine éprouve l'impression. Ainsi, si nous toussons ou éternuons fortement dans les ténèbres, nous voyons des étincelles, comme pareillement nous en voyons si la rétine se trouve comprimée en raison d'un coup violent donné sur la tête. Nous en concluons que, pour ces deux cas, le nerf est mû intérieurement de la même façon qu'il l'est d'ordinaire par les rayons de lumière.

Relativement donc à cette apparition de flammes, suite de la compression de l'artère de la rétine, si la circulation du sang qui parcourt les artères de l'œil est changée, il pourra naître de ce changement la perception de la lumière dans le fond de l'œil; conséquemment, s'il y a inflammation et que l'œil soit agité dans son fond en vertu d'une pression continuelle et réciproque, les images de la lumière naîtront de la même façon que lorsqu'elles proviennent de la pression extérieure, soit par le fait d'un coup à la tête ou d'un éternument.

Une troisième cause d'étincelles tient à une variation de sensibilité de la rétine.

Nous entendons ici par sensibilité la faculté de recevoir l'action de la lumière jointe à la représentation de l'idée lumineuse. Si l'on suppose que la rétine est composée de mille fibres nerveuses, et que l'une d'elles soit plus calleuse que les autres, mais que les autres soient plus sensibles, alors l'image sera obscure dans cette partie calleuse, et, par conséquent, un même degré de lumière agissant

sur tout l'œil, il y aura une plus grande lumière dans l'endroit où les fibres sont plus sensibles. De là la solution de ce problème, par lequel on demande comment il est possible qu'il se représente continuellement une étincelle dans l'œil car nous supposons une égale sensibilité par toute la rétine, à l'exception d'un seul point plus sensible. (*OEuvres de* BOERHAAVE.)

Nous ne terminerons pas ce mémoire sans parler de cette sensation de flammes que détermine parfois l'usage de certains narcotiques. Ces flamboiements fugaces paraissent le plus souvent, lorsque l'action est intense et quelque peu prolongée, prendre des formes déterminées ; Purkinje en a fait le sujet d'observations fort intéressantes sur lui-même.

Ce même physiologiste (Purkinje), ainsi que Ritter et Hjort, se sont également beaucoup occupés des figures lumineuses qu'on peut produire en comprenant l'œil dans un courant galvanique.

Si l'on suppose, par exemple, que les deux pôles soient appliqués aux deux conjonctives, on aperçoit alors une sorte d'éclair toutes les fois qu'on ferme ou qu'on ouvre la chaîne ; il n'est même pas nécessaire que l'œil soit directement placé dans le courant pour que ce phénomène se produise, car il suffit, pour le faire naître, d'espacer ainsi les deux pôles, — d'une part je suppose la paupière inférieure, et d'autre part la membrane muqueuse buccale.

(*La suite prochainement.*)

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'OPHTHALMIE DE L'ARMÉE;

Par le docteur F. HAIRION,

Médecin de bataillon de 1re classe, professeur d'ophthalmologie à l'Université catholique de Louvain.

(Mémoire lu dans les conférences scientifiques de la garnison de Louvain. Voir *Archives de Médecine militaire*, juillet 1848.)

Lorsque je publiai, en 1839, mes *Considérations pratiques sur l'Ophthalmie de l'armée,* je n'avais étudié le fléau que dans les salles des ophthalmiques de l'hôpital militaire de Louvain, et quoique mes réflexions portassent sur le nombre déjà bien grand de 1,074 granulés, je n'avais guère vu qu'une phase de la maladie : il ne m'avait pas été donné de l'étudier à son début, ni de la suivre dans ses conséquences.

La position que j'ai occupée depuis lors, tant à l'Institut oph-

thalmique qu'au dépôt du régiment d'élite, m'ayant fourni l'occasion d'observer, d'un côté, l'affection granuleuse dès le principe, et d'étudier, de l'autre, sur une grande échelle, les nombreuses altérations auxquelles elle donne lieu, je viens aujourd'hui compléter mon premier travail, en présentant le résultat de mes investigations sur ce nouveau terrain. Je viens aussi exposer les changements que neuf années de pratique et d'observation rigoureuse m'ont fait successivement apporter dans le traitement de cette maladie.

Je me propose surtout dans ce mémoire d'appeler l'attention des médecins et du gouvernement sur les points suivants :

1° L'insuffisance des moyens employés jusqu'ici contre l'ophthalmie de l'armée ;

2° La désinfection et l'assainissement des casernes, considérés comme moyens indispensables pour l'extirpation de l'ophthalmie ;

3° Les inconvénients et les dangers des salles de granulés telles qu'elles sont aujourd'hui instituées ; les avantages d'en changer complétement l'organisation et d'en étendre le but ;

4° Les inconvénients graves et nombreux provenant du mode de traitement généralement adopté contre l'ophthalmie de l'armée ;

5° Enfin, l'exposition du traitement que j'ai employé depuis douze ans avec le succès le plus complet. (*Voir le tableau placé à la fin de ce mémoire.*)

Les faits qui servent de base à mes réflexions sont très-nombreux. Le chiffre s'en élève au delà de 3,000, ainsi répartis :

1,566 dans le service ordinaire des ophthalmiques de l'hôpital militaire de Louvain ;
104 à la caserne, dans la salle des granulés.
1,410 à l'Institut ophthalmique.

I. *De l'insuffisance des moyens employés jusqu'ici contre l'ophthalmie de l'armée.* — Je passe sous silence les nombreux moyens qui ont été préconisés tour à tour pour combattre l'ophthalmie de l'armée depuis son apparition parmi nos troupes jusqu'en 1834, moyens dont l'expérience et une étude plus avancée de la nature de la maladie ont fait plus ou moins promptement justice. J'arrive de suite à l'époque du voyage de M. Jüngken en Belgique.

Le professeur de Berlin, considérant que la présence dans les rangs de l'armée, d'hommes porteurs de granulations palpébrales,

était la cause pour laquelle l'ophthalmie contagieuse continuait à y régner, conseilla, comme mesure indispensable à l'extirpation de ce fléau, le renvoi immédiat de ces soldats dans leurs foyers. Personne n'ignore quelles furent les déplorables conséquences de ce conseil : ces hommes renvoyés dans leurs familles allèrent infecter les populations, et l'ophthalmie n'en continua pas moins ses ravages.

Quelques années plus tard, en 1837, des succès obtenus dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse par la cautérisation avec le nitrate d'argent en crayon, firent hautement proclamer l'efficacité de ce nouveau mode thérapeutique qui fut bientôt adopté dans toute l'armée.

Alors aussi, comme en 1834, on crut un instant à l'extinction prochaine du fléau contre lequel tous les efforts de l'art avaient jusque-là complétement échoué. Vain espoir, hélas! Plus de dix années se sont écoulées, et l'ophthalmie n'a pas cessé de régner. Il est vrai que les cas en sont moins nombreux, et qu'à aucune époque cette affection ne s'est montrée à son début avec plus de bénignité qu'aujourd'hui.

Sans vouloir signaler les différentes causes qui ont contribué à ce résultat, et dont la plus importante sans doute est la diminution de l'encombrement des casernes par suite de la mise de l'armée sur le pied de paix, nous aimons à rapporter une partie des succès au nouvel agent thérapeutique; mais en même temps notre conscience nous fait un devoir de déclarer que le chiffre des altérations oculaires qui ont nécessité des propositions de pension n'a pas suivi la même progression décroissante. Veut-on connaître les causes de ce résultat? Qu'on pénètre un instant dans les salles de l'Institut ophthalmique, qu'on interroge les malades, qu'on recherche les causes des lésions oculaires graves dont ils sont atteints, et l'on en sortira convaincu qu'une foule d'accidents sont dus aux moyens thérapeutiques mis en usage, et plus particulièrement à la cautérisation de la conjonctive avec la pierre infernale. C'est là en effet qu'il faut chercher l'explication de ces faits en apparence contradictoires : *la diminution progressive des ophthalmies en nombre et en intensité*, ainsi que *la multiplicité des accidents*. Toutefois, hâtons-nous d'ajouter que si l'emploi du nitrate d'argent est fréquemment suivi de lésions graves, c'est moins à cet agent thérapeutique lui-même, qu'à son mode vicieux d'application qu'il faut attribuer ces résultats fâcheux. C'est là un sujet dont nous nous

sommes déjà occupé dans un précédent rapport (1), et sur lequel nous reviendrons plus loin.

Mais, avant tout, constatons le fait de l'insuffisance des mesures prises jusqu'ici contre l'ophthalmie, et tâchons d'en chercher les motifs.

S'il est vrai que l'ophthalmie est contagieuse, et qu'elle l'est surtout, comme nous le démontrerons plus loin, par l'intermédiaire de l'air chargé des produits de sécrétion de la conjonctive malade, il est certain, à moins d'admettre pour l'ophthalmie des réserves sur les points les mieux démontrés de l'histoire des maladies contagieuses, que des objets inertes, plongés dans un milieu chargé du principe contagieux de l'ophthalmie, peuvent s'en imprégner et devenir à leur tour un centre de contagion. Dès lors, la désinfection de ces objets devient une mesure indispensable à l'extirpation de l'ophthalmie.

Je sais qu'on objectera que, dans certaines casernes, on a gratté les murs, désinfecté les objets à l'usage du soldat, et que le fléau n'en a pas moins continué ses ravages. C'est vrai ; mais à l'époque où ces mesures ont été prises, on ne connaissait ni la nature, ni la marche de la maladie, et les granulations de la conjonctive palpébrale, auxquelles, depuis M. Jüngken, on s'accorde à attribuer la persistance du mal, étaient inconnues des médecins belges. En laissant subsister ce foyer de contagion, on conçoit que la désinfection des casernes devenait une mesure incomplète, insuffisante, et ne pouvait avoir *seule* aucun résultat durable. Mais, actuellement, les choses sont bien changées, les conditions ne sont plus les mêmes. Le principal foyer de contagion, les granulations palpébrales, est connu ; les médecins attentifs peuvent saisir le mal à sa naissance et lui opposer un traitement efficace. Aussi la désinfection des casernes et des objets à l'usage du soldat constitue-t-elle aujourd'hui une mesure complémentaire et indispensable au succès du traitement thérapeutique de l'ophthalmie.

Lorsque M. Jüngken avançait, en 1834, que la présence dans l'armée des hommes atteints de granulations était le motif pour lequel l'ophthalmie continuait à sévir dans ses rangs, il proclamait un fait que personne n'a cherché à contester. Mais il est certain que le célèbre ophthalmologue allemand n'a vu qu'un des côtés de la ques-

(1) Rapport adressé à M. l'Inspecteur général du service de santé sur l'Institut ophthalmique. (*Annales d'Oculistique*, tome IV, livraison de décembre 1840).

tion; car il serait plus vrai de dire aujourd'hui que l'ophthalmie continue ses ravages dans l'armée, parce que les hommes se trouvent plongés dans un foyer d'infection formé par les émanations qui s'élèvent des objets contaminés et au milieu desquels ils vivent. Si la proposition de M. Jüngken avait été vraie, le renvoi dans leurs foyers de tous les granulés aurait dû arrèter immédiatement les ravages de l'ophthalmie; si sa proposition avait été vraie, le traitement thérapeutique mis en usage depuis dix années contre les granulations aurait depuis longtemps fait disparaître le fléau.

La persistance du mal nous dit assez qu'il ne saurait suffire de guérir tous les hommes qui en sont attaqués, pour le voir s'éteindre. D'un autre côté, nous avons vu plus haut que la désinfection des casernes, à elle seule, avait complétement échoué. Plus loin nous reproduirons des faits dans lesquels la combinaison de ces deux ordres de moyens, c'est-à-dire la désinfection des bâtiments d'un côté, et le traitement curatif des granulations de l'autre, ont été suivis d'un succès complet. Aussi sommes-nous d'avis que si l'ophthalmie est encore si commune dans l'armée, c'est que, à aucune époque, on n'a fait marcher de front ces deux ordres de moyens; c'est qu'on n'a pas simultanément attaqué, par des mesures également efficaces, le mal dans ses deux origines; c'est que, alors qu'on désinfectait les casernes, on laissait subsister les granulations, et que depuis qu'on traite celles-ci, on n'a pas assez fait contre l'infection des habitations militaires.

II. *De la désinfection et de l'assainissement des casernes.* — La transmission de l'ophthalmie granuleuse, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'air chargé du principe contagieux, repose aujourd'hui sur un trop grand nombre de faits pour qu'il s'élève encore à cet égard le moindre doute. Cependant, pour beaucoup de médecins, il n'est pas bien démontré encore que des objets inertes, placés dans un foyer d'infection, peuvent s'imprégner de miasmes, les conserver pendant un certain temps, puis, sous l'influence de circonstances favorables, les restituer à l'air, et former ainsi de nouveaux centres d'infection, susceptibles de reproduire la maladie chez des individns qui s'y trouvent plongés. Ceci nous engage à rapporter quelques observations qui nous paraissent de nature à ne laisser aucun doute sur ce sujet, et qui justifient les mesures de désinfection que nous envisageons comme indispensables à l'extirpation de l'ophthalmie.

Obs. I. — Du 15 au 21 mars 1842, 580 miliciens sont admis suc-

cessivement, en divers détachements, au dépôt du régiment d'élite. A leur arrivée, tous ces hommes sont de ma part l'objet d'une visite rigoureuse. Ceux d'entre eux qui présentent les conjonctives recouvertes de granulations, ou seulement dans un état suspect, sont immédiatement éloignés, et dirigés, les uns sur l'hôpital, les autres sur les salles des granulés. Ceux qui sont trouvés sains sont logés à la caserne des *Dames-Blanches*, abandonnée depuis quelques jours par le bataillon du dépôt de ce régiment, où l'ophthalmie granuleuse avait cessé de régner depuis 18 mois. On leur délivre des literies qui avaient servi, deux ans auparavant, au 3e régiment de ligne, qui renfermait, à cette époque, un grand nombre de granulés.

Le 27 mars, cinq jours après l'arrivée du dernier détachement, je visite de nouveau les recrues, et j'acquiers la certitude que tous ont les conjonctives palpébrales parfaitement saines. Le 2 avril, à ma deuxième visite, je trouve deux hommes avec des granulations vésiculaires vers le canthe externe de la conjonctive palpébrale inférieure.

Le 9 suivant, cinq nouveaux cas analogues au précédent se présentent : le 16, trois, et le 23, six. Tous ces hommes sont séparés des autres; mais, voulant suivre la marche et le développement des granulations, ils ne sont soumis à aucun traitement. Le 29, la veille de leur départ pour le régiment, je fais une dernière visite, et je constate quatre nouveaux cas; en tout vingt (1).

En 1843, le régiment reçoit 600 miliciens qui sont casernés dans un vaste bâtiment qu'avait occupé, trois ans auparavant, le 3e régiment de ligne, qui, comme on le sait déjà, avait beaucoup de granulés.

Les hommes trouvés atteints de granulations à leur arrivée sont immédiatement placés dans une partie éloignée du bâtiment, pour y être traités. On prend à leur égard les mêmes mesures de précaution que l'année précédente.

Les salles nos 1 et 6, situées au rez-de-chaussée, ainsi que tous

(1) Voici quelle a été pour les 16 premiers malades la marche des granulations abandonnées à elles mêmes : 9 d'entre eux présentent les conjonctives palpébrales relâchées et rouges; les granulations sont devenues plus nombreuses, augmentées de volume, et la sécrétion conjonctivale plus abondante (phlegmatorrhée). Sur 2 autres malades, les granulations ont conservé leurs caractères primitifs; elles sont peu nombreuses, transparentes, et les conjonctives se trouvent d'ailleurs à l'état normal (hydrorrhée). Chez les 5 derniers enfin, on ne retrouve plus la moindre trace de ces productions morbides.

les objets de couchage qui s'y trouvent, sont soumis pendant vingt-quatre heures à l'action des fumigations *guitoniennes*.

Deux fois par semaine les soldats sont visités avec la plus scrupuleuse attention, et à leur départ de Louvain, nous constatons treize cas de granulations, exclusivement parmi les hommes qui occupaient la chambre où l'on n'avait pas pratiqué de fumigations. Les 260 miliciens qui avaient couché dans les salles nos 1 et 6 en furent complétement exempts.

Enfin, en 1844, 600 miliciens arrivent de nouveau au dépôt; ils sont logés dans la même caserne, on leur délivre les mêmes objets de couchage; mais, cette année, ces objets et toutes les salles destinées au logement sont soumis à des fumigations de chlore pendant 48 heures. Cette fois, le succès fut complet, et nous n'avons pas eu à constater un seul cas de granulations.

Je ne terminerai pas ces observations sans donner à M. le major baron Devicq de Cumptich, qui commandait à cette époque le dépôt du régiment d'élite, un témoignage public de ma reconnaissance pour l'empressement qu'il a mis à me faciliter ces expériences.

Voici maintenant quelques faits, puisés dans ma pratique civile, qui viennent corroborer le précédent.

L'observation suivante a été publiée ailleurs avec détails, nous nous bornerons ici à en rappeler les principales circonstances (1).

Obs. II. — L'ophthalmie granuleuse sévissait depuis 15 mois au pensionnat de Thildonck, près de Louvain, lorsque j'y fus appelé vers la fin de l'hiver 1838. Ici, comme dans nos casernes, l'affection se montrait avec des caractères contagieux et avec des symptômes propres à l'ophthalmie de l'armée. Cette maladie s'était développée au milieu de circonstances hygiéniques très-défavorables, à la suite d'une ophthalmie catarrhale épidémique qui avait régné dans la commune voisine, et dont quelques cas s'étaient aussi déclarés dans le pensionnat. Chez l'une des pensionnaires qui en avaient été atteintes, l'ophthalmie, sous l'influence de mauvaises conditions constitutionnelles, était passée à l'état chronique, en revêtant la forme purulente. C'est ce dernier fait qui a servi, comme je l'ai démontré ailleurs, de point de départ à l'ophthalmie granuleuse dont 54 élèves sur 59, 12 dames et 2 enfants orphelines, se trouvaient atteintes au moment où je fus appelé. Mon premier soin fut d'or-

(1) *Considérations pratiques et recherches expérimentales sur le traitement de l'ophthalmie de l'armée,* page 97; Louvain, 1839. — *Annales d'Oculistique,* vol. II, page 63.

donner la séparation des élèves saines de celles qui se trouvaient atteintes de la maladie et la dissémination de celles-ci dans des chambres larges et bien aérées. De grands changements dans la distribution des salles furent également ordonnés et presque aussitôt exécutés. Les cloisons sont abattues; on perce les murs de nouvelles fenêtres; on agrandit celles qui sont reconnues trop étroites; de nouvelles salles sont construites; les murs sont crépis, blanchis à la chaux, et tous les objets non susceptibles d'être lavés sont soumis aux fumigations de chlore. Des mesures convenables sont prises en ce qui regarde le régime, l'exercice, le travail et l'étude, etc.; enfin nous employons contre les granulations palpébrales le traitement qui nous avait déjà valu tant de succès à l'hôpital militaire de Louvain. Après quatre mois et demi de soins, l'ophthalmie avait complétement cessé, sans que nous ayons eu à déplorer le moindre accident, ni à constater plus tard une seule récidive.

Des faits analogues au précédent se sont encore présentés à notre observation au pensionnat de Montaigu et à l'établissement des Orphelines à Malines, où des mesures et un traitement analogues furent adoptés. Des deux côtés l'épidémie eut pour point de départ un cas d'ophthalmie catarrhale chronique passé à l'état granuleux. Dans le premier de ces établissements, la maladie était à son début; douze pensionnaires seulement en étaient atteintes : la maison d'ailleurs offrait des ressources nombreuses sous le rapport de l'étendue et de l'aération. Aussi deux mois avaient-ils suffi pour obtenir la guérison de toutes les jeunes filles qui se trouvaient affectées, excepté de celle qui avait importé la maladie et que les parents avaient rappelée près d'eux. Le succès ne fut pas aussi complet ni aussi prompt à l'établissement des Orphelines; de nombreuses récidives eurent lieu, et la maladie montra une opiniâtreté extrême. Mais cette différence dans les résultats des deux épidémies doit être exclusivement attribuée à ce que, dans l'établissement des Orphelines, la maladie régnait depuis 23 mois; quand je fus appelé, elle y avait déjà produit de grands ravages : peut-être aussi doit-on l'attribuer en partie à l'impossibilité de prendre des mesures d'isolement et de dissémination assez complètes, par suite de l'étroitesse des locaux, ainsi qu'aux conditions très-fâcheuses des constitutions physiques de la plupart de ces jeunes filles. Probablement reviendrai-je un jour sur cette observation qui, sous plus d'un rapport, offre beaucoup d'intérêt.

Ces faits établissent donc pour nous d'une manière péremptoire :

1° La propagation de l'ophthalmie granuleuse par l'intermédiaire des objets contaminés ;

2° L'insuffisance de toute mesure, de tout traitement dirigé contre l'ophthalmie, si on n'y joint en même temps la désinfection de ces objets ;

3° La possibilité d'extirper, *d'un établissement donné*, l'ophthalmie granuleuse, par l'assainissement et la désinfection des bâtiments et des objets qu'il renferme, combinés avec un traitement convenable dirigé contre la maladie elle-même ;

4° Enfin l'espoir bien fondé d'arriver à l'extirpation de l'ophthalmie de l'armée par l'application de ces mesures à tous les établissements militaires qui se trouvent aujourd'hui infectés.

Nous ne nous dissimulons pas les difficultés que peut présenter la généralisation de ces mesures ; mais nous sommes persuadé que si nous arrivons à faire partager nos convictions sur leur nécessité, il n'est pas de chef de corps qui ne s'empresse d'exécuter tous les ordres qui pourraient être donnés à cet égard, ni de médecin qui ne tienne à honneur d'extirper ce fléau du régiment auquel il appartient, quelles que soient d'ailleurs les difficultés qu'ils aient, les uns et les autres, à surmonter pour atteindre ce but. Nous n'entrerons dans aucun détail sur l'application de ces mesures ; nous ferons seulement observer que pour compter sur des résultats positifs, elles doivent être complètes et exécutées avec l'exactitude la plus scrupuleuse, la moindre négligence à cet égard pouvant compromettre le succès.

Dans tous les cas, le succès ne saurait être assuré si, en même temps qu'on désinfecte les casernes, on ne prend des mesures qui empêchent la formation de nouveaux foyers d'infection.

Ces mesures concernent le soldat, ou sont relatives aux casernes et au matériel qu'elles renferment.

§ I. Ce qui importe avant tout, c'est de guérir les hommes qui sont actuellement porteurs de granulations. Personne ne contestera que nous ne soyons parfaitement en mesure aujourd'hui d'atteindre ce but.

Mais ce n'est pas tout : il faut de plus empêcher que les granulations ne soient de nouveau importées dans l'armée, et se mettre en garde contre leur développement spontané. Qu'on ne perde pas de vue, en effet, que si l'ophthalmie venait à disparaître entiè-

rement de nos régiments, les voies suivantes lui sont ouvertes pour y rentrer :

A. D'abord, des faits nombreux m'ont démontré qu'une conjonctive peut recéler les germes de l'ophthalmie, sans qu'il soit possible, à l'œil nu, de saisir le moindre changement soit dans la texture, soit dans la fonction de cette membrane ; de telle sorte que les militaires qui ont éprouvé déjà quelques atteintes d'ophthalmie, voire même ceux qui seulement ont été exposés au foyer d'infection, sont susceptibles, quoique ayant en apparence la conjonctive saine, de contracter des granulations, sans avoir subi l'influence d'une nouvelle contagion. Pour donner un développement rapide à ces granulations latentes, insaisissables à l'œil nu, mais que la loupe nous fait découvrir, il ne faut que l'action d'une cause irritante quelconque, un refroidissement, une lésion traumatique, un corps étranger venant se loger sous les paupières, ou toute autre cause susceptible de déterminer dans la conjonctive un mouvement fluxionnaire. Quel est, en effet, le médecin militaire qui n'ait été frappé de voir, chez les soldats, des paupières en apparence à l'état normal, se couvrir du jour au lendemain, ou même en quelques heures, de granulations vésiculeuses, et cela à l'occasion de l'irritation ou de l'inflammation des conjonctives par une des causes que nous avons mentionnées plus haut, lesquelles causes, en d'autres circonstances, ne produisent rien de semblable ?

B. Il faut bien se convaincre aussi que l'ophthalmie granuleuse n'est plus bornée à l'armée, qu'elle s'étend de plus en plus dans le civil, où elle exerce de grands ravages, et que si le soldat renvoyé malade dans ses foyers a contribué à infecter nos populations, comme des faits malheureusement trop nombreux l'attestent, celles-ci à leur tour menacent d'importer l'ophthalmie dans l'armée. Ne voyons-nous pas en effet, tous les ans, à l'époque où les recrues arrivent dans les corps, un certain nombre d'entre elles ayant les conjonctives recouvertes de granulations vésiculeuses ?

C. Il arrive aussi que des soldats, renvoyés chez eux en congé ou en permission ayant les conjonctives saines, présentent à leur rentrée au corps des granulations. Sur 600 hommes du régiment d'élite rappelés l'année dernière pour la période du camp, 37 présentaient des granulations, et de ce nombre 6 seulement en avaient éprouvé une première atteinte avant leur renvoi en permission.

D. Il n'est pas douteux non plus que le soldat n'aille puiser quel-

quefois le germe de l'ophthalmie dans ses relations avec les habitants des villes où il se trouve en garnison.

E. Enfin sous l'influence de conditions hygiéniques mauvaises, de l'encombrement surtout, toute ophthalmie catarrhale sporadique ou épidémique peut, comme nous l'avons vu à l'établissement des Orphelines de Malines et aux pensionnats de Thildonck et de Montaigu, revêtir la forme purulente et servir de point de départ à une nouvelle épidémie.

On voit par cet exposé que, si l'ophthalmie venait à disparaître de l'armée, on ne parviendrait à l'en garantir de nouveau que par une surveillance active et de tous les instants.

§ II. L'assainissement des casernes consiste dans l'éloignement de tout ce qui peut contribuer à altérer la pureté de l'air et dans un renouvellement suffisant de celui-ci.

On compte généralement qu'il faut à l'homme, pour vivre, 6 mètres cubes d'air par heure. Si les chambres des soldats étaient supposées hermétiquement fermées, l'espacement convenable à chaque homme devrait être établi d'après ce calcul, et chacun aurait, en supposant la durée de la nuit de 8 heures, 48 mètres cubes d'air pour toute la durée de celle-ci. Aussi, dans des salles imparfaitement closes, ou dans lesquelles il se fait pendant la nuit un certain mouvement d'entrées et de sorties, le renouvellement de l'air acquiert une importance notable. Ainsi M. Félix Leblanc a trouvé que dans une chambre occupée par 25 hommes, et dont la capacité fournissait à chacun d'eux 13,6 mètres cubes d'air, ce volume avait été porté à 37,8 mètres, par suite de la ventilation accidentelle qui s'était faite par les fissures des portes et des fenêtres, et par huit sorties et huit entrées qui avaient eu lieu pendant la nuit. D'un autre côté, M. Michel Lévy dit qu'avec des conditions favorables de ventilation naturelle (fenêtres nombreuses et percées à l'opposite), une capacité de 14 mètres cubes par homme pourrait suffire. On conçoit même qu'avec un système de ventilation bien établi, on pourrait encore réduire la capacité nécessaire à chaque homme. Quoi qu'il en soit, si l'on veut satisfaire aux exigences de la salubrité, il faut qu'il soit réparti à chaque soldat, par nuit de 8 heures, 50 mètres cubes d'air environ; de sorte qu'en comptant seulement sur la ventilation accidentelle qui s'opère par les fissures, le mouvement des entrées et des sorties, il faudrait qu'il fût accordé, d'après les données fournies par M. Félix Leblanc, un espace de 18 à 20 mètres cubes par homme, ce qui porterait la

quantité d'air respirable, pendant la durée de la nuit, de 46 à 55 mèt. Or, nous ne craignons pas de dire que dans la plupart de nos casernes ces conditions sont loin d'être remplies, et que l'espacement, tel qu'il est établi par les règlements, est insuffisant. Il résulte en effet, d'un calcul formulé par M. le docteur Meynne, que la capacité cubique répartie à nos militaires serait de 12 mètres, et parfois même de 10 mètres seulement, d'après l'arrêté du 15 août 1836, qui fixe la distance à laisser entre les lits de fer à 0m,36 c.

Quant aux moyens de ventilation artificielle, ils sont à peu près nuls.

Nos casernes laissent donc beaucoup à désirer sous le rapport de la salubrité de l'air, et nous faisons des vœux ardents pour qu'il soit bientôt porté remède à cet état de choses. Nous bornerons là nos réflexions sur cette question importante, d'autres mains plus habiles que les nôtres en ayant fait le sujet de travaux remarquables (1). *(La suite à un prochain numéro.)*

NOUVEL ESSAI DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ASPIRATION OU SUCCION,

Par M. LAUGIER,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

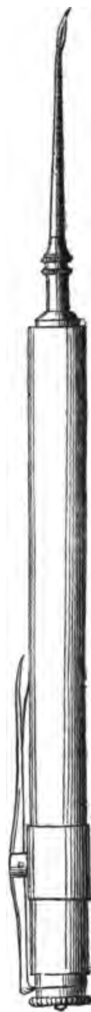
Dans le courant de l'année 1847, j'ai publié un article sur une nouvelle méthode d'opérer la cataracte (2). Elle consiste à en absorber les parties liquides à l'aide d'une aiguille creuse munie d'un corps de pompe et d'un piston. Dans mon Mémoire, je faisais remarquer que des traces d'une opération par succion de la cataracte existaient dans Albucasis. Une sorte de polémique suivit cette publication, on me contesta l'invention de l'instrument dont je me suis servi la première fois (3). Une seringue d'Anel était adaptée à l'aiguille, et exigeait l'intervention d'un aide pour faire mouvoir le piston. J'ai modifié l'instrument et supprimé l'aide. Je répondis d'ailleurs que ce n'était pas dans l'instrument que pouvait consister la méthode par succion, et qu'en posant les conditions de cette méthode, en la constituant *intra-capsulaire*, je faisais ce qu'aucun travail antérieur

(1) Félix Leblanc, *Recherches sur la composition de l'air confiné*. Paris, 1842. — Amand Meynne, *De la construction des casernes au point de vue de l'hygiène*. Bruxelles, 1847. — Michel Lévy, *Traité d'hygiène publique et privée*, 2 vol., in-8°. Paris, 1844.

(2) *Annales d'Oculistique*, vol. XVII, p. 29.

(3) Voir *Ibidem*, pp. 79, 80, 85 et 104.

au mien n'avait encore indiqué. A cette époque, je reçus une lettre de M. Sichel, qui considérait l'idée comme *neuve*, mais, suivant lui, applicable à un petit nombre de cas. M. Malgaigne et M. Cunier, publièrent leurs recherches sur la succion, et donnèrent par leurs travaux un nouveau prix à l'idée que j'avais émise. En effet, il résultait de l'étude historique de cette opération, d'ailleurs complétement abandonnée depuis longtemps, qu'aucun des procédés tentés avant moi n'avait supposé les mêmes conditions, et ne s'était exercé dans les mêmes limites, celles du cristallin.


L'instrument fermé.


Coupe de l'instrument ouvert.

J'ai fait à la Pitié, en décembre 1847, un nouvel essai de cette opération, qui a été couronné d'un prompt succès. L'observation en est d'autant plus intéressante, qu'elle donne une grande extension à la méthode; je suis autorisé à penser aujourd'hui qu'elle peut convenir, c'est-à-dire *être préférée*, non-seulement dans des cas où la cataracte serait tout à fait liquide, mais encore lorsque le centre du cristallin aurait une densité qui ne lui permettrait pas d'être absorbé par succion. La succion devient alors une modification très-favorable de l'*abaissement*, qui se fait plutôt par la chute des parties opaques au-dessous de la pupille, dans la chambre postérieure, derrière la capsule antérieure *restée transparente*, que par leur dépression avec l'aiguille.

J'ai commencé par modifier l'instrument, comme je l'ai déjà dit, dans le but de rendre l'opérateur indépendant de l'aide auquel je m'étais vu forcé d'abord de confier le piston de la petite seringue adaptée à l'aiguille. Pour cela, j'ai imaginé de rendre le corps de pompe plus petit,

et de l'envelopper d'un second cylindre du même métal, en laissant entre les deux cylindres un petit espace où je dispose un ressort en spirale. La partie supérieure du piston, au lieu de représenter un anneau, forme aussi une portion de cylindre qui pénètre entre les deux autres, et presse par son bord circulaire sur le ressort en spirale; elle est maintenue dans cette position par un petit ressort à bascule fixé sur le cylindre d'enveloppe par une virole mobile extérieure. L'une des extrémités de la bascule est disposée de manière à s'engager dans plusieurs rainures circulaires tracées sur le cylindre du piston ; l'autre forme un levier à ressort sur lequel presse le pouce du chirurgien, quand il juge à propos de faire mouvoir le piston. A cette pression, qui peut être intermittente, celui-ci se meut, la succion s'opère dans le corps de pompe ; mais elle peut se faire en plusieurs temps, parce que chaque rainure circulaire (il y en trois) arrête le mouvement dès qu'on cesse de presser sur la bascule.

Telles sont les modifications faites à l'instrument dont j'avais parlé dans mon premier Mémoire. Il pénètre dans l'œil par une aiguille en fer de lance, cylindrique et creuse, vissée sur le corps de pompe.

Voyons maintenant l'observation.

Obs. — J'avais opéré madame Gely d'une cataracte de l'œil gauche, en novembre 1846. Le cristallin était mou et avait dû être broyé. Deux mois au moins avaient été nécessaires pour la disparition des fragments tombés dans la chambre antérieure et obstruant en partie la pupille ; la vision était bonne. Lorsqu'elle s'adressa à moi, au mois de novembre 1847, pour la cataracte de l'œil droit, j'espérai trouver le cristallin dans des conditions favorables à la succion. La capsule antérieure était restée transparente, je me proposai de la respecter. La cataracte était sans complication; son aspect était d'un blanc laiteux, plus foncé au centre. L'aiguille plongée dans la sclérotique, comme pour l'abaissement, j'engageai la lance dans le cristallin, en tournant vers moi l'ouverture qu'elle présente. Pendant le mouvement d'ascension du piston dans le corps de pompe, la pupille s'éclaircit aussitôt. Ce changement fut manifeste pour les témoins de l'opération. Elle me paraissait terminée, et j'imprimais un léger mouvement à l'aiguille pour la retirer, lorsqu'un gros fragment de cataracte, de la forme du cristallin, mais beaucoup plus petit, évidemment le noyau de la lentille, remonta vis-à-vis le centre de la pupille: mais comme l'aiguille à succion est très-convenable pour l'abaissement, j'en portai la pointe sur ce fragment, et le plus léger choc suffit pour le faire retomber au-dessous de la pupille, qui resta parfaitement nette.

La malade n'avait point souffert pendant l'opération ; elle n'éprouva ni douleur ni accident les jours qui la suivirent. Dès les premiers, la vision était aussi parfaite qu'on pouvait le désirer. Deux semaines après l'opération, la

malade sortit de l'hôpital distinguant très-bien les objets sans lunette à cataracte, mais voyant plus nettement en se servant d'un verre convexe.

Après l'opération, j'avais trouvé dans le corps de pompe et l'aiguille une quantité de fluide légèrement visqueux et limpide, que je pus évaluer au tiers d'une cuillerée à café. Je n'y distinguai *aucune trace d'opacité,* et je dus en conclure que je n'avais retiré de l'œil qu'une petite portion d'humeur vitrée, à moins que le liquide de Morgagni ne fût chez cette femme très-fluide et tout à fait transparent. Quoi qu'il en soit, l'opération avait été simple, et réduite à une simple ponction de l'œil. Aucun mouvement de l'aiguille qui ait pu compromettre les membranes ; et, de quelque manière que l'on voulût expliquer le succès, il avait été aussi complet que possible.

Était-ce bien la succion de la cataracte comme je l'ai proposée, celle de la partie fluide du cristallin devenu opaque? On peut en douter. Mais plusieurs faits incontestables résultent de cette observation.

1° Malgré la piqûre de la capsule postérieure, la capsule antérieure avait conservé sa transparence. On peut donc, dans tous les cas analogues, la respecter.

2° Sous l'influence de la succion, la pupille avait été débarrassée de l'opacité qui masquait la vision ; les parties opaques du cristallin étaient tombées au-dessous du champ de la pupille, et si le fluide trouvé dans le corps de pompe de l'aiguille n'est autre que de l'humeur vitrée, la succion a donc eu pour effet de faire au-dessous de la cataracte une place que les parties opaques du cristallin occupent aussitôt, et où elles restent sans être repoussées par les fluides, que l'on ne fait que déplacer dans l'abaissement ordinaire. Si, dans ce cas, la succion se réduit à une modification de l'abaissement, cette modification ne laisse pas que d'être avantageuse, puisqu'elle évite des mouvements d'aiguille dangereux, et prévient la réascension du cristallin.

3° L'absence complète d'accidents consécutifs, de toute congestion du globe oculaire, de toute douleur, bien qu'elle ne soit pas sans exemple dans l'abaissement ordinaire, n'est-elle pas due en grande partie à la perte d'humeur vitrée opérée par la succion? C'est un fait acquis à la science, comme l'a avancé M. le professeur Roux, que, dans l'extraction, cette perte, pourvu qu'elle ne dépasse pas une certaine mesure, est plutôt avantageuse que nuisible, en prévenant le gonflement inflammatoire de l'œil. On a justement re-

proché à l'abaissement de produire une piqûre profonde suivie d'hypersécrétion des humeurs et d'une sorte d'étranglement; l'abaissement précédé de la succion serait-il dégagé de ces inconvénients souvent graves? Il est raisonnable de l'espérer, s'il n'est pas permis de le conclure d'une seule observation.

Mais, s'il en est réellement ainsi, j'aurais raison de penser que la succion ne sera point désormais restreinte aux cataractes fluides, et qu'en devenant une heureuse modification de l'abaissement, elle sera, dans la plupart des cas, employée avec avantage pour favoriser la chute et la dépression des parties opaques, prévenir en même temps la cataracte secondaire par réascension du cristallin, et les accidents inflammatoires qui suivent assez souvent la dépression.

RÉSULTATS OBTENUS DANS LES INSTITUTS OPHTHALMIQUES DU ROYAUME, PENDANT L'ANNÉE 1847.

La députation permanente du Hainaut publie chaque année, dans l'Exposé de la situation administrative présenté par elle au Conseil provincial, un compte rendu des résultats obtenus à l'Institut ophthalmique dont ce conseil a voté l'organisation, en 1836. La députation permanente de la province de Namur et celle du Brabant ont suivi cet exemple. Nous nous trouvons ainsi à même de mettre sous les yeux de nos lecteurs les résultats obtenus aux Instituts de Mons, de Namur et de Bruxelles (1). Les deux premiers établissements ont une existence régulière et officielle; le dernier va recevoir incessamment, on peut l'espérer, la même organisation : un vote du Conseil provincial du Brabant (voir plus loin, p. 40-44) vient, en effet, d'autoriser la députation permanente à procéder, sous certaines réserves, à cette création.

Institut ophthalmique provincial du Hainaut,

Sous la direction de M. le docteur STIÉVENART (*).

« La majeure partie des maladies qui ont été traitées à l'Institut ophthalmique provincial étaient, comme les années précédentes, occasionnées ou entretenues par le vice scrofuleux, et présentaient d'autant plus de gravité que le plus souvent elles avaient été négligées pendant plus ou moins longtemps et étaient dans un certain état de chronicité invétérée.

(1) Il existe à Ypres un dispensaire ophthalmique subsidié par le Conseil provincial de la Flandre occidentale; l'*Exposé de la situation administrative* de cette province ne fait pas mention des résultats qui y ont été obtenus.

(*) *Rapport de la députation permanente du Conseil provincial du Hainaut,* session de 1848, pp. 145-147.

» Après ce genre d'affections, les plus nombreuses ont été les ophthalmies granuleuses militaires, dont le chiffre s'est élevé à 38; 24 cataractes, quelques amauroses, plusieurs staphylômes, et entropions, etc., etc., en un mot presque toutes les espèces d'affections oculaires.

» La proportion des résultats obtenus a peu varié comparativement aux années précédentes, ainsi qu'on le verra par le tableau suivant :

	Guéris complétem^t et voyant bien.	Dont l'état s'est sensiblement amélioré.	Voyant pour se conduire.	Restés dans le même état.	Restant en traitement au 1er janvier 1848.	TOTAL.
Cécité complète	22	»	15	11	10	58
— presque complète. . . .	11	»	9	»	2	22
Affections diverses ayant affaibli la vue	55	15	»	2	7	79
Perte plus ou moins complète de la vue d'un œil.	14	»	7	1	3	25
TOTAUX. . .	102	15	31	14	22	184

» Nous n'avons pas compris dans ce tableau les indigents dont les affections d'yeux n'étaient pas assez graves pour qu'ils dussent être reçus à l'Institut ophthalmique et qui ont été traités tant à domicile qu'à la consultation journalière de M. Stiévenart, chirurgien-oculiste de l'Institut. Leur nombre peut être porté au minimum de 1200 pour l'année 1847.

» Les administrateurs communaux apprécient de plus en plus les bienfaits que cet établissement procure aux indigents atteints d'affections oculaires. Mais ce qu'ils semblent ignorer ou perdre parfois de vue, c'est que l'efficacité des moyens de guérison dépend en général de la promptitude de leur application. Il est incontestable que les maladies sont d'autant plus difficiles à guérir qu'elles sont plus invétérées, et que la durée du traitement est conséquemment d'autant plus longue et plus dispendieuse.

» Il importe donc, sous le double rapport des chances de guérison et de l'économie des deniers communaux, que les malades puissent se rendre à l'Institut aussitôt que leur affection oculaire se déclare. Il arrive souvent même que l'oculiste de cet établissement leur prescrit un traitement qu'ils peuvent suivre chez eux.

» Non-seulement les malades reçoivent, dans cet établissement

provincial, les soins journaliers que leur état réclame, mais ils y trouvent les conditions hygiéniques indispensables pour leur guérison.

» L'intérêt bien entendu des communes exige donc que les ophthalmiques soient envoyés sans le moindre retard à l'Institut; c'est ce que M. le Gouverneur a rappelé aux administrateurs par une circulaire récente. »

Institut ophthalmique de la province de Namur,

Sous la direction de M. le docteur LOISEAU (*).

« Cet établissement continue à rendre les plus grands services à l'humanité. Depuis le 1er janvier 1845 jusqu'au 1er mai de cette année, 1191 indigents y ont été traités gratuitement avec des résultats remarquables.

» Nous donnons ici l'état numérique des malades traités du 1er mai 1847 au 1er mai 1848.

	Restant en traitemt le 1er mai 1847.	Entrés en traitemt pendant l'année 1847-1848.	SORTIS			Restant en traitemt le 1er mai 1848.
			Guéris.	Sensiblemt améliorés.	Non guéris.	
Aveugles.	2	72	60	5	2	7
Presque aveugles	12	55	53	3	»	11
Borgnes	7	51	44	6	»	8
Porteurs d'affections diverses, avec perte considérable de la vue, au point de ne pouvoir travailler	5	57	56	»	»	6
Porteurs d'affections diverses, sans lésion de la vue, mais avec gêne considérable pendant le travail.	4	65	64	»	»	5
Atteints de maladies des annexes oculaires	»	39	37	»	»	2
	30	339	314	14	2	39
	369		369			

» Au nombre des maladies graves guéries, figurent 14 cas de cécité complète par cause d'amauroses diverses, 2 cas de brûlure des globes des yeux par du plomb fondu au rouge, et 5 cas de fistule lacrymale sans opération sanglante.

(*) *Exposé de la situation administrative de la province de Namur*, etc., *présenté au Conseil provincial dans sa session de juillet* 1848, pp. 57-60.

» 15 fois l'opération de la cataracte a été pratiquée, dont 12 fois avec un succès complet, 1 fois avec un demi-succès à la sortie ; 1 autre fois sans succès sur une femme âgée et amaurotique, chez laquelle, après l'abaissement maintenu du cristallin, il n'a pas été possible d'éveiller l'action du nerf paralysé.

» Une femme de 38 ans, d'Asche-en-Refail, paralytique, aveugle cataractée, et depuis 12 ans à la charge de la commune, a quitté l'Institut après avoir recouvré une bonne vue, par suite d'une double opération, et l'usage des membres, par un traitement approprié.

» L'ectropion, ou renversement en dehors des paupières, difformité hideuse, a été redressé 6 fois.

» D'autres opérations moins importantes ont été pratiquées avec un succès constant, telles que celles de kystes palpébraux, brides des muqueuses, extraction de corps incrustés dans la cornée, etc.

» L'ancienneté des maladies oculaires n'a pas été moindre que l'année précédente. En général, il est à regretter que les ophthalmiques se présentent lorsque le mal a pu faire des ravages. De là les chiffres considérables d'aveugles, de presque aveugles et de borgnes à leur entrée en traitement.

» Indépendamment des 369 malades que le médecin a soignés du 1er mai 1847 au 1er mai 1848, il s'est occupé, dans les visites qu'il a faites aux chefs-lieux de 8 cantons, de 165 ophthalmiques indigents qui n'ont pu obtenir le certificat exigé pour l'admission dans l'établissement, ou qui n'ont pas voulu s'y rendre lorsqu'on les a appelés. Ces chiffres réunis portent à 534 le nombre des indigents traités et visités du 1er mai 1847 au 1er mai 1848.

» Des propositions vous seront faites pour l'allocation d'un traitement à M. le docteur Loiseau, médecin de l'Institut. Tant qu'il est resté au service de l'État, il a traité gratuitement les indigents avec un zèle et un désintéressement qui lui ont valu la reconnaissance du Conseil. Aujourd'hui qu'il a obtenu sa démission de ses fonctions de médecin de régiment, et qu'il peut se livrer davantage au soulagement des ophthalmiques indigents, nous pensons qu'il y a lieu de lui accorder un traitement pour l'indemniser en partie de ces soins. »

Institut ophthalmique de Bruxelles,

Sous la direction de M. le docteur CUNIER (*).

§ I. — *Consultation gratuite.* — « Il était devenu impossible que

(*) *Exposé de la situation administrative du Brabant, pour la session annuelle de* 1848, pp. 237-242.

M. le docteur Cunier desservit tout à la fois et la consultation gratuite, qui a lieu tous les jours de midi à deux heures, et le service oculistique provincial, établi à l'hôpital Saint-Jean. M. le docteur J. Bosch, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Maestricht, et membre de l'académie royale de médecine, a bien voulu prêter à M. Cunier son concours. Grâce à l'aide empressée de cet honorable praticien, les soins ont pu être continués aux malheureux ophthalmiques.

» Le nombre des malades inscrits à la consultation gratuite de l'Institut ophthalmique, pendant l'année 1847, s'est élevé à 848.

» 491 de ces malades appartenaient à la ville de Bruxelles, 321 autres à diverses localités de la province du Brabant; 36 à des communes d'autres provinces.

» Les affections les plus fréquentes ont été les ophthalmies scrofuleuses et les ophthalmies catarrho-scrofuleuses. Le chiffre des individus atteints d'ophthalmie militaire a été beaucoup plus considérable cette année que les précédentes : il a été inscrit 221 personnes atteintes de cette maladie sous l'une et l'autre de ses formes. C'est sous la forme de granulations inflammatoires qu'elle a été le plus ordinairement observée; il s'est présenté 47 cas de pannus vasculaire, dont 17 ayant déterminé la cécité complète; dans quelques cas seulement, il y a eu ophthalmie purulente proprement dite.

» Relativement aux professions, il a été reconnu, comme les années précédentes, que les maçons, les plafonneurs, les menuisiers et en général les ouvriers vivant par brigades dans les logements de Bruxelles et des faubourgs, ont fourni la plus grande partie des cas d'ophthalmie, dite *militaire* ou *contagieuse*. Les dentellières et les couturières ont offert, presque toutes, la complication *arthritique* ou *abdominale;* les ophthalmies catarrhales et catarrho-scrofuleuses ont été en général très-graves chez les enfants qui fréquentent les écoles.

» 81 malades ont été dirigés sur l'hôpital Saint-Jean, soit que leur affection présentât trop de gravité pour être traitée à la consultation gratuite, soit parce qu'ils devaient subir des opérations, ou pour d'autres motifs.

» Diverses opérations ont été pratiquées, à savoir : 16 de fistule lacrymale; 6 de pupille artificielle; 2 de cataracte; 5 de cataracte capsulaire secondaire; 16 de strabisme; 2 amputations partielles du globe oculaire; 16 de trichiasis et d'entropion; 1 blépharoplastie, etc., etc. »

§ II. — *Service oculistique provincial établi à l'hôpital Saint-Jean.* — « Par lettre du 18 février, le Conseil général des hospices de Bruxelles a informé l'administration provinciale de la nécessité où il se trouvait, en présence d'une épidémie typhoïde, de rendre à leur destination primitive les deux salles accordées temporairement pour le traitement des indigents ophthalmiques du Brabant.

» Le nombre des malades traités à l'hôpital Saint-Jean, du 1er janvier 1847 au 10 février 1848 (date de la suppression), s'est élevé à 334, dont 199 hommes et 135 femmes.

» 201 de ces malades (121 hommes et 80 femmes) avaient leur domicile à Bruxelles; 115 appartenaient aux communes de la province; les 18 autres sont ainsi répartis :

» Province d'Anvers, 7; Hainaut, 3; Flandre orientale, 5; Hollande, 1; Prusse, 1; France, 1; dont 9 séjournant momentanément à Bruxelles, et 4 entrés comme *payants*.

» La moyenne des journées de traitement a été : pour les cas aigus et les opérations, de 15; pour les cas chroniques, de 37.

» La dernière moyenne (cas chroniques) a été considérablement augmentée :

» 1° Par la prolongation du séjour à l'hôpital d'individus incurables, absolument dénués de ressources, et attendant qu'il fût prononcé sur leur demande d'admission dans un hospice; 2° par l'admission de quelques malades atteints de pannus chroniques (suite d'ophthalmie militaire), affection qui a exigé chez 4 un traitement de 6 à 10 mois; 3° par 4 récidives graves qui ont paru provoquées chez 2 malades; 4° enfin, par le séjour que 3 malades avaient fait antérieurement dans les salles de la clinique chirurgicale, séjour dont la durée n'a pas été défalquée dans la statistique.

» Si l'on fait la part de ces exceptions, la moyenne de la durée du traitement à l'hôpital, pour les 334 malades, a été de 27 jours, ce qui constitue un chiffre infiniment peu élevé, les cas d'ophthalmie militaire ayant été en majorité, et cette affection, passée à l'état chronique, exigeant presque toujours un traitement aussi long que difficile.

» Parmi les affections aiguës que présentaient les malades reçus en traitement, les plus fréquentes ont été, comme à la consultation gratuite, les ophthalmies scrofuleuses (54) et les ophthalmies catarrhales (38). Pour ce qui est de l'ophthalmie dite *militaire* ou *contagieuse*, il en a été traité 108 cas, sous les diverses formes

qu'affecte cette maladie ; 23 malades ont offert la purulence, c'est-à-dire le degré le plus grave et le plus contagieux. Trois familles, se composant ensemble de neuf personnes, ont été reçues en même temps. Cette terrible maladie, qui est devenue un véritable fléau pour nos populations, avait déterminé des lésions qui empêchaient, plus ou moins complétement, chez la presque totalité des malades, l'exercice de la vision ; il n'en est que 4 qui aient quitté l'hôpital, hors d'état de subsister du travail de leurs mains ; chez 29 il a pu être remédié aux lésions les plus graves.

» Les opérations suivantes ont été pratiquées :

» Pupille artificielle, 15, dont 4 sans succès ou avec un succès insuffisant. — Cataracte, 17, dont 14 avec un résultat satisfaisant, et 3 sans réussite (ce qui était prévu du reste chez 2). — Extirpation du globe de l'œil, 3. — Amputation partielle du globe de l'œil, 5. — Fistule lacrymale, 9. — Entropion, 8. — Ectropion, 1. — Blépharoplastie, 2. — Trichiasis, 7. — Extirpation de la glande lacrymale, 1. — Ponction de l'œil, 3. — Opération pour remédier à l'étroitesse congénitale des paupières, 1, etc.

» A l'époque du 10 février il restait en traitement 30 malades. L'administration des hospices en a fait sortir 15 ; l'état de 5 d'entre eux était tellement grave, que force a été de les diriger sur le dépôt de mendicité de la Cambre, où ils ont été reçus à l'hôpital. Tous ont aujourd'hui quitté cet établissement.

» Les circonstances qui ont déterminé la suppression du service oculistique provincial ont cessé d'exister, et néanmoins le Conseil général des hospices ne s'est pas encore prononcé catégoriquement sur la possibilité de le rétablir. Ce retard est d'autant plus fâcheux qu'un très-grand nombre de malades, appartenant à diverses localités, ne peuvent plus recevoir qu'avec la plus grande difficulté des secours efficaces, et que, d'autre part, la province ne peut s'occuper des moyens de créer un établissement devenu indispensable et dont les services ont été si incontestablement avantageux dans d'autres provinces. »

§ III. — *Visite dans les chefs-lieux de canton.* — « M. Cunier s'est rendu dans la plupart des chefs-lieux de canton de la province ; 778 malades se sont présentés à sa visite ; sur ce nombre, 243 étaient atteints d'ophthalmie *militaire* ou *contagieuse*. Ainsi que M. Cunier l'a établi dans son *Rapport*, tous nos établissements de charité et de bienfaisance sont aujourd'hui infectés par ce fléau, qui, de l'armée, s'est répandu dans les populations. Le dépôt de

mendicité de la Cambre, les maisons d'orphelins et d'orphelines, les rassemblements d'ouvriers, et principalement les logements d'ouvriers à Bruxelles et dans ses faubourgs, constituent des foyers permanents de contagion, d'où la maladie se propage incessamment par les individus qui y ont séjourné.

» Le nombre toujours croissant des victimes de cette ophthalmie a éveillé l'attention du gouvernement. Une statistique a été réclamée et, grâce aux notes recueillies par M. Cunier, tant à l'Institut ophthalmique que dans ses visites cantonales, la statistique du Brabant a pu être fournie complète. Nous avons vu avec satisfaction que plusieurs soldats congédiés, qui ignoraient pouvoir obtenir des secours de l'État et qui étaient à la charge des bureaux de bienfaisance, ont été envoyés à l'hôpital militaire de Louvain, où leurs droits à l'obtention d'une pension militaire ont été reconnus; 41 personnes appartenant à cette catégorie seront très-probablement aussi appelées à Louvain dans un court délai. Des secours en argent ont été accordés, sur le chapitre IX du budget de la justice, à 140 personnes signalées par M. Cunier. Ces secours se sont élevés à fr. 16,450, répartis par sommes de 75, 100, 120 ou 150 fr.; ils étaient surtout destinés à indemniser des frais de traitement ou de séjour à l'hôpital, etc.

» L'examen de la seconde partie de la statistique se poursuit, et sera suivi de nouvelles décisions, non moins favorables, nous en sommes persuadés, de la part du ministère de la guerre et du département de la justice.

» En portant à la connaissance de l'administration provinciale que des secours étaient accordés, M. le Ministre de la justice faisait connaître, qu'il tiendrait compte, lors de l'allocation de subsides ultérieurs, du zèle des administrations communales à se conformer aux instructions qui leur seront données relativement à l'ophthalmie militaire, comme aussi du bon vouloir des malades à se soumettre à un traitement médical convenable. « L'intervention du » gouvernement étant ici entièrement bénévole, dit M. le Ministre, » il est de l'intérêt des communes et des bureaux de bienfaisance » de le seconder activement; car, s'ils ne le faisaient pas, des se- » cours cesseraient d'être accordés, et les malades devraient être » secourus exclusivement par les bureaux de bienfaisance et les » communes; et s'ils devenaient aveugles, il n'y aurait, pour beau- » coup d'entre eux, d'autre asile que l'hospice ou le dépôt de mendi- » cité, ce qui aurait pour effet de créer de nouvelles charges locales.»

» En accordant, dans sa dernière session, un subside de 400 fr. pour l'Institut ophthalmique, le Conseil avait émis le vœu de voir l'État contribuer également à l'utile établissement de M. Cunier.

» La députation n'a pas cru, jusqu'à ce jour, pouvoir liquider le subside provincial ; les changements survenus depuis l'année dernière dans l'organisation de l'Institut ophthalmique, par suite de la résolution du Conseil des hospices, n'ayant pas permis d'apprécier quelle devait être la part d'intervention à réclamer du gouvernement : aussitôt que des dispositions auront été prises pour l'organisation stable de l'Institut, nous nous empresserons d'invoquer le concours de l'État.

» Il est à remarquer, du reste, que les secours accordés en 1847, par le gouvernement, ont indirectement augmenté les ressources dont le directeur de l'Institut a pu disposer en faveur des malades. »

Conseil provincial du Brabant.

PROPOSITION DE M. VLEMINCKX RELATIVE A LA CRÉATION D'UN INSTITUT OPHTHALMIQUE PROVINCIAL.

Nous avons fait connaître dans notre numéro du mois de mars, p. 181, que, par suite de la suppression du service oculistique provincial établi à l'hôpital Saint-Jean, l'administration de la province du Brabant se voyait forcée de rechercher les moyens de fonder à Bruxelles un Institut ophthalmique établi sur le pied de ceux qui existent à Mons et à Namur. Divers projets ont été examinés, et une décision serait déjà intervenue si diverses formalités administratives à accomplir avaient pu être épuisées, de manière à permettre de réclamer du Conseil provincial la décision nécessaire pour fonder un pareil établissement.

M. le docteur Vleminckx, frappé de l'abandon dans lequel sont laissés les malheureux ophthalmiques, a cru ne devoir pas attendre que ces préliminaires fussent acquis, pour saisir le Conseil provincial de cette importante question. Dans la séance du 21 juillet, il a formulé une proposition conçue comme suit, et appuyée par MM. Victor Uytterhoeven, Gillon, Van Parys, Fransman, Nelis, de Bonne :

« Nous avons l'honneur de soumettre à l'approbation du Conseil la proposition » suivante :

» *La députation présentera aux délibérations du Conseil, dans le courant de la session prochaine, un projet d'organisation d'un Institut ophthalmique provincial.* »

M. Vleminckx a présenté en ces termes les développements de sa proposition :

« L'ophthalmie ne cesse d'attaquer une grande partie de la population de la province.

» Il résulte de l'*Exposé de la situation administrative*, que le nombre des malades inscrits à la consultation gratuite du docteur Cunier pendant l'année 1847, s'est élevé à 848, et celui des admis à l'hôpital Saint-Jean pendant à peu près le même laps de temps, à 334.

» Représentez-vous maintenant, que dans d'autres localités, dans d'autres établissements, il doit s'être présenté également un nombre plus ou moins grand d'ophthalmiques, et vous serez effrayés, comme moi, du chiffre toujours croissant de cette sorte de malades, et vous n'hésiterez plus à reconnaître que c'est, pour les mandataires de la province, un devoir impérieux de ne rien négliger pour rendre moins désastreux les effets de cette déplorable affection.

» Il ne faut pas se le dissimuler, ce ne sont pas les classes aisées qui souffrent habituellement d'ophthalmie, on peut même dire qu'elles en sont complétement exemptes; ce sont les classes pauvres et ouvrières, chez lesquelles ce mal vient se joindre à tant d'autres que leur situation les condamne à endurer.

» Ce sont donc ces classes qui doivent fournir le plus grand nombre d'aveugles.

» Or, vous le savez, les aveugles indigents tombent à charge des communes et de la province.

» C'est donc faire tout à la fois acte d'humanité et de bonne administration, que d'ouvrir des asiles où les ouvriers et les pauvres puissent aller récupérer, si c'est possible, la vue que des lésions oculaires graves leur ont fait perdre, ou trouver les soins efficaces contre des affections dont la guérison est souvent subordonnée à l'intelligence et à l'habileté du traitement qui leur est opposé.

» S'il était permis de se servir d'un langage matériel dans une question qu'il convient de n'envisager que sous un point de vue tout humanitaire, je dirais que le capital à affecter à cette dépense est en définitive un capital placé à gros intérêts.

» Toutes ces considérations n'ont pas échappé à la députation permanente; grâce à ses soins, un service oculistique avait été établi à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles (1); mais vous savez ce qui est arrivé. Une fièvre ty-

(1) La création de ce service n'a pas été, comme le croit M. Vleminckx, le résultat d'une démarche de la députation permanente. Voici comment les choses se sont passées:

Dès 1844 la nécessité de créer un Institut ophthalmique provincial fut reconnue, et je fus invité à présenter un plan d'organisation. C'est ce que fis, et en juin 1845, vers l'époque de l'ouverture du Conseil provincial, on me demanda de faire connaître le montant approximatif des frais de premier établissement. Dans une des visites que je fis à l'hôpital Saint-Jean, à l'effet d'y prendre note exacte des objets nécessaires à l'ameublement, M. le docteur André Uytterhoeven, chirurgien en chef de l'hôpital, me fit offre de deux salles où seraient placés les ophthalmiques indigents confiés à mes soins. Les raisons que fit valoir M. A. Uytterhoeven étaient telles que je crus devoir m'y rendre. Par ses soins et avec l'intervention du Conseil des hospices, deux salles furent immédiatement mises à ma disposition; les travaux que je jugeai nécessaires furent exécutés, et quelques jours plus tard, le 1er juillet, j'y faisais entrer des malades envoyés par diverses administrations communales de la province.

Après quelques semaines, j'adressai à M. le gouverneur un rapport dans lequel je lui signalais la marche du service qui m'était confié. M. le gouverneur crut utile d'intervenir, et, sur sa demande, le Conseil général des hospices, par une résolution du 26 septembre 1845, sanctionna *officiellement* l'autorisation *verbale* que j'avais reçue; avis en fut donné aux administrations communales, par circulaire insérée au *Mémorial administratif du Brabant*.

Cette autorisation n'avait pu, aux termes des règlements, être accordée que pour le

phoïde a éclaté au commencement de cette année; l'hôpital s'est trouvé encombré, et les deux salles affectées aux ophthalmiques, ont dû être rendues à leur destination primitive.

» Il m'a paru, messieurs, que le sort d'une institution aussi utile devait cesser d'être soumise à de pareilles éventualités, et que l'humanité nous commandait de rechercher les moyens susceptibles de la mettre à l'abri d'une fermeture même momentanée.

» N'êtes-vous pas en effet, frappés, messieurs, de la triste situation que la suppression du service oculistique de l'hôpital Saint-Jean à dû faire à tous les malheureux qui y étaient en traitement, et à ceux qui y seraient probablement venus encore, et ne prévoyez-vous pas qu'il en est parmi eux qui plus tard, privés de la vue, imposeront aux communes et à la province de grands et douloureux sacrifices?

» C'est en créant un *Institut ophthalmologique provincial* que vous porterez en partie remède au mal que je viens d'avoir l'honneur de vous signaler.

» Notre honorable gouverneur sait les grands bienfaits qu'a recueillis le Hainaut de l'Institut de Mons, et je suis à même de pouvoir vous dire que celui que la province de Namur a fait ouvrir n'a pas produit des résultats moins satisfaisants.

» Je n'ai pas pour but, je vous prie de le remarquer, de faire établir immédiatement dans notre province un pareil asile. Je connais la détresse de notre budget, et je sens toute l'impossibilité de donner actuellement ouverture à des dépenses nouvelles. Je ne demande aujourd'hui qu'une chose, à savoir l'adoption du principe qu'*il sera créé un Institut ophthalmologique provincial*. Seulement, afin que le principe ne reste pas longtemps stérile, et qu'il produise le plus tôt possible les fruits qu'il est permis d'en espérer, je demande que la députation se mette en mesure de nous présenter à la session prochaine un projet d'organisation complet.

» Il me reste à aller au-devant d'une objection.

terme d'un an. Par résolution du 20 octobre 1846, prise sur le rapport de M. A. Uytterhoeven, « *rapport constatant l'importance des services rendus par M. Cunier dans » l'année pendant laquelle il a donné ses soins gratuits aux ophthalmiques admis à l'hô- » pital Saint-Jean*, » le Conseil des hospices renouvela son autorisation pour une année. Enfin, le 8 octobre 1847, une nouvelle autorisation fut accordée jusqu'au 1er octobre 1848, toujours sur le rapport de M. A. Uytterhoeven, « *constatant l'importance des nouveaux services* » que j'avais rendus dans l'année qui venait d'expirer.

Les nombreux inconvénients que présentait le service tel qu'il était établi, et aussi l'élévation du prix de la journée d'entretien (fr. 1-50) à rembourser par les communes du lieu de domicile, ramenèrent au projet de fonder, comme dans le Hainaut et à Namur, un Institut ophthalmique provincial. Toutefois, l'administration provinciale croyait les secours assurés aux ophthalmiques jusqu'au mois d'octobre prochain; mais le 10 février, les malades furent renvoyés sans aucun avertissement préalable. Le 18, le Conseil des hospices fit connaître à M. le Gouverneur « qu'en vue de prévenir l'invasion » de toute maladie endémique à l'hôpital Saint-Jean, et d'obvier aux inconvénients » résultant de l'encombrement des salles, il s'était trouvé obligé, en suite d'un rapport » des chefs du service de santé (MM. A. Uytterhoeven et Lequime), de restituer à leur » destination primitive les salles accordées temporairement pour le traitement des » ophthalmiques. » Le Conseil terminait sa lettre par la déclaration que, « dès que les cir- » constances seraient moins graves, il examinerait la question de savoir jusqu'à quel » point il serait possible de rétablir le service oculistique. » Requis par l'administration communale de se prononcer à ce sujet, le Conseil a fait connaître que le service oculistique ne pourrait être réintégré à l'hôpital Saint-Jean qu'en faisant choix d'un nouveau local, qui ne pourrait être approprié à cette destination qu'en faisant des frais considérables et dépassant les ressources disponibles. F. Cunier.

» Le principe dont vous demandez la consécration, m'objectera-t-on, exigera de la part de la province certains sacrifices.

» Messieurs, je ne le nie pas. Mais, ces sacrifices, veuillez m'en croire, seront amplement compensés par les résultats qu'ils produiront.

» Et puis, ne vous effrayez pas trop; ils ne seront pas très-considérables.

» Vous aurez d'abord le secours du gouvernement : les précédents sont là; jamais il ne s'est refusé à concourir à l'établissement et à l'entretien de semblables institutions; viendront ensuite ceux de l'administration des hospices de Bruxelles, puis ceux des communes du domicile de secours des ophthalmiques.

» A l'aide d'une bonne organisation, j'ai la ferme conviction que l'Institut ne pèsera sur le budget de la province que d'une manière presque imperceptible.

» Tels sont les motifs que je crois devoir invoquer à l'appui de la proposition que j'ai eu l'honneur de déposer : veuillez les peser avec maturité. N'oubliez pas surtout qu'il s'agit ici du sort de toute la classe pauvre et d'une certaine partie de la classe ouvrière, dont vous avez toujours eu à cœur le bien-être et les intérêts. »

La proposition de M. Vleminckx, étant appuyée par plus de cinq membres, a été, aux termes du règlement de l'Assemblée, prise en considération et renvoyée à la troisième section pour faire rapport.

Dans la séance du 28 juillet, la troisième section, par l'organe de M. Victor Uytterhoeven, son rapporteur, a conclu à l'adoption du projet de M. Vleminckx.

Nous extrayons du *Moniteur* les détails relatifs à la sanction donnée aux conclusions du rapport de M. Victor Uytterhoeven :

M. Vleminckx. « Messieurs, le désir bien légitime que j'éprouve de vous voir sanctionner ma proposition me fait aller au-devant de certaines explications qu'on pourrait me demander et que vous êtes en droit d'obtenir.

» Je comprends parfaitement que dans votre juste sollicitude pour tout ce qui touche aux classes pauvres et ouvrières, vous voyiez avec satisfaction s'ouvrir un asile où bien des malheureux pourront recevoir les secours que leur état réclame. Mais je comprends aussi que vous soyez arrêtés dans vos déterminations par certains scrupules qui se rattachent spécialement à la dépense à laquelle le nouvel établissement donnera lieu.

» Ce sont ces scrupules que je tiens à lever; c'est cette préoccupation que je tiens à faire cesser.

» Dans le rapport de l'honorable M. Uytterhoeven, vous avez entendu parler d'une organisation militaire; c'est-à-dire que la section demande que l'Institut ophthalmologique soit organisé, soit dirigé d'après les principes qui ont présidé à l'organisation des infirmeries de l'armée.

» Qu'est-ce qu'une infirmerie régimentaire? Il importe que vous le sachiez; car peut-être des conséquences qui découleront de ce mode d'organisation dépendra votre vote affirmatif.

» Une infirmerie régimentaire est tout simplement un établissement sanitaire qui pourvoit à toutes ses dépenses, de quelque nature qu'elles soient, à l'aide des fonds versés dans la caisse par les malades qui y sont reçus en traitement. Ainsi, soit un fantassin, recevant pour solde 52 centimes par jour et une ration de pain équivalant à 16 centimes, ensemble 68 c. Ce sont ces 68 centimes, journellement répétés autant de fois qu'il y a de malades, qui doivent faire tous les frais de l'établissement.

» Comment une infirmerie pareille est-elle régie? Elle l'est, comme on le dit vulgairement, par voie de régie; c'est-à-dire que les bonifications, que les économies profitent à la caisse de l'infirmerie, et ces bonifications sont très-considérables. Il m'est souvent arrivé de rencontrer dans une caisse d'infirmerie régimentaire des bonifications qui ne s'élevaient pas à moins de 2 à 3,000 fr. pour un nombre relativement très-limité de malades.

» C'est cette organisation que nous demandons pour l'Institut ophthalmologique; et nous la demandons parce que nous sommes intimement convaincus qu'il ne doit en résulter aucune espèce de perte pour la province.

» La province n'aura-t-elle donc à intervenir en aucune façon dans l'établissement? Messieurs, elle devra faire quelque chose; mais ce sera très-peu.

» Il faudra d'abord qu'elle trouve un local, en supposant qu'il ne puisse y être pourvu par la bienfaisance ou par l'administration des hospices de Bruxelles. Il faudra ensuite qu'elle se mette en avances pour le premier fonds de ménage; mais ces avances, tant pour la location du local que pour le premier fonds de ménage, elle ne tardera pas à les récupérer, du moment où les communes auront versé à la caisse de l'Institut les sommes qu'elles lui devront pour les pauvres qui leur appartiendront.

» Je puis donc rassurer le Conseil de la manière la plus complète sur les résultats financiers de l'établissement. Je puis lui donner l'assurance qu'à l'aide d'une bonne organisation, il ne pèsera en aucune façon sur la province.

» Ces considérations me semblent devoir déterminer votre vote. Le besoin de l'asile que je demande est reconnu par chacun de vous; le mal est très-grand; il est plus grand même que je ne vous l'ai dit dans les développements que j'ai donnés à ma proposition. Il faut tâcher d'y apporter un remède efficace; faites-le, messieurs, les pauvres et les malheureux vous béniront. »

M. le Gouverneur. « J'ai à demander à l'honorable auteur de la proposition une explication pour guider la députation dans sa conduite.

» A prendre la résolution au pied de la lettre, ce ne serait qu'à la session prochaine que la députation, après avoir recueilli des renseignements, soumettrait au Conseil un projet d'organisation définitive.

» Si cependant, dans le courant de cette année, avec les subsides que le Gouvernement pourrait accorder, il était possible d'établir un Institut ophthalmologique, est-il entendu que la députation pourrait ne pas attendre jusqu'à la session prochaine pour fonder cet établissement, toujours sous la condition qu'il n'en résulterait aucune dépense pour la province?

M. Vleminckx. » Lorsque j'ai examiné le budget provincial, j'ai craint, si je proposais l'ouverture immédiate de cet établissement, que ma proposition courût grand risque de ne pas être accueillie. Toutefois, vous comprenez fort bien, messieurs, qu'eu égard aux besoins qui se sont révélés, et qui me sont connus, si la députation pouvait immédiatement ou le plus tôt possible créer un pareil établissement, ce n'est pas moi qui m'y opposerais; je la bénirais, au contraire; car, ainsi que j'ai eu l'honneur de le dire, le nombre des ophthalmiques est considérable. Depuis le 1er janvier jusqu'à ce jour, il s'en est déjà présenté 687 au dispensaire de M. Cunier.

» Je vous ai dit, au reste, que tous les ophthalmiques de l'hôpital Saint-Jean en avaient été expulsés, qu'ils sont dans leurs foyers, où il est impossible qu'ils soient secourus.

» Si donc la députation, soit immédiatement, soit dès le commencement de l'année prochaine, avant la session provinciale du mois de juillet, pouvait faire ouvrir un institut, elle ferait un grand bien, et pour mon compte je lui en aurais de la reconnaissance.

M. le Président. » Il sera fait mention au procès-verbal de ces explications. »

Les conclusions du rapport, mises aux voix, ont été adoptées à l'unanimité des membres présents.

ANNALES

D'OCULISTIQUE

PUBLIÉES

Par le docteur FLORENT CUNIER.

Tome XX. — 4e série. Tome 2e. — 2e livraison.

15 AOUT 1848.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR UNE AFFECTION VERRUQUEUSE DES PAUPIÈRES ET DU VOISINAGE, LIÉE A UNE DIATHÈSE LYMPHATIQUE;

Par le docteur SICHEL.

On sait que les verrues, végétations cutanées fréquentes et d'ordinaire isolées, apparaissent quelquefois par groupes. Les paupières et leur voisinage sont, plutôt que les autres parties du corps, le siége de cette espèce d'éruption. Aucun auteur, à ma connaissance, n'a encore donné sur cette affection les détails que l'expérience m'a fait connaître, et qui me semblent intéressants au point de vue pratique.

Lorsque des verrues isolées ou en petit nombre occupent les paupières ou les parties voisines, elles ont les caractères généraux qu'elles présentent ailleurs. Ces caractères sont : un diamètre inégal, de 2 à 6 millimètres; une forme irrégulièrement arrondie, parfois ellipsoïde; une surface tantôt plus ou moins rugueuse ou fendillée, tantôt recouverte de petits prolongements papillaires ou allongés, pointus, quelquefois même filiformes; une base large et sessile, ou étroite et pédiculée; une consistance le plus souvent cornée; une couleur d'ordinaire grisâtre ou jaunâtre.

L'examen le plus minutieux ne laisse découvrir aucune cause locale ou générale à laquelle on puisse rattacher leur production, et sur laquelle, par conséquent, on puisse agir rationnellement et avec l'espoir d'y produire une modification efficace et salutaire.

Il en est tout autrement quand des verrues occupent par groupes les paupières et le voisinage, chose qui n'est pas très-rare, et qu'on observe plus souvent à la paupière supérieure qu'à l'inférieure. Voici les circonstances qu'on peut constater alors :

1° Ces excroissances ont une forme et un aspect tout particuliers; 2° elles se lient à une constitution lymphatique ou à une affection scrofuleuse; 3° on peut les faire disparaître par l'emploi de médi-

caments antilymphatiques ; 4° malgré leur forme, leur aspect et un grand nombre de caractères extérieurs qui leur sont communs avec les verrues, elles ne sont néanmoins pas identiquement la même affection que ces dernières, mais le produit d'un développement anormal des follicules sébacés de la peau.

Chacune de ces quatre propositions, déduites d'une observation attentive et réitérée, mérite quelques mots d'examen.

1° Ces verrues sont plus petites que celles qu'on voit isolées; elles n'ont que rarement au delà de 3 millimètres de diamètre. Ordinairement arrondies et toujours lisses, elles sont d'une teinte rosée peu différente de celle de la peau, quoique un peu plus pâle.

Leur sommet est plus blanchâtre, souvent un peu luisant ou comme translucide, et muni au centre d'un ombilic.

Pour la plupart, elles ont 1 à 2 millimètres d'élévation, quelquefois 3 et rarement davantage, bien qu'on en voie exceptionnellement qui sont allongées et même un peu acuminées. Je n'en ai point vu de pédiculées. Elles forment des groupes de huit à vingt, en se distribuant, à intervalles à peu près égaux, sur l'une des paupières supérieures jusqu'au sourcil, et quelquefois au-dessus de celui-ci; rarement sur les deux paupières supérieures à la fois, plus rarement encore sur l'une des paupières inférieures, jamais sur les deux en même temps.

2° Je les ai observées bien plus rarement sur des adultes que sur des enfants, et toujours sur des individus d'une constitution lymphatique, dont un certain nombre ont présenté des symptômes d'affection scrofuleuse. Je ne les ai point rencontrées jusqu'ici sur des personnes du sexe masculin ; toutefois, je suis loin de nier qu'elles puissent se présenter sur des individus mâles.

3° La multiplicité de ces excroissances, qui permettait de les assimiler à une espèce d'éruption, et leur apparition exclusive chez des individus lymphatiques, devaient naturellement me frapper et me suggérer l'idée d'un traitement rationnel. Mes essais réussirent complétement. Sous l'influence de moyens antilymphatiques généraux et d'un régime convenable, les verrues se flétrirent peu à peu, et tombèrent au bout d'un temps plus ou moins long, variant entre un et quatre mois. Néanmoins la guérison ne fut pas toujours uniformément progressive ; car quelquefois de nouvelles éruptions partielles se firent après la chute des premières excroissances, particulièrement lorsque le traitement n'avait pas été suivi avec régularité.

Le nombre des cas observés par moi a été assez grand pour me permettre actuellement d'ériger ma manière de faire en méthode.

Les moyens dont je me sers dans cette affection, pour combattre la constitution lymphatique ou la diathèse scrofuleuse, ne sont pas toujours les mêmes. Dans les cas ordinaires, où il n'existe qu'une simple disposition lymphatique constitutionnelle, je me borne à l'emploi de purgatifs répétés de semaine en semaine, et du chlorure de barium, d'après la formule suivante :

P. Eau distillée . . . . . 15 grammes (4 gros).
Chlorure de barium . . . 2 grammes (36 grains).
Dissolvez.

De 5 à 15 gouttes trois fois par jour, dans un peu d'eau de gomme sucrée, une demi-heure avant le repas.

J'y joins un régime alimentaire modérément nourrissant. Lorsque la disposition lymphatique est développée à un degré plus marqué, ou qu'il existe quelque complication d'irritation ou d'inflammation dans l'un des autres systèmes organiques, je fais précéder le chlorure de barium de l'éthiops antimonial :

P. Ethiops antimonial de la Pharmacopée de Prusse,
Magnésie carbonatée. . . . 2 grammes (36 grains).
Mêlez et divisez en 10 paquets.

Un paquet chaque matin, pendant dix jours, ou matin et soir pendant cinq jours.

En cas de constipation ou de dérangement des fonctions digestives, j'ajoute à chaque dose d'éthiops 25 à 50 centigr. (5 à 10 grains) de rhubarbe. Dans les seuls cas d'atonie, soit générale soit localisée dans la muqueuse gastro-intestinale, j'ai recours aux toniques, aux tisanes amères, même aux préparations ferrugineuses. S'il y a lieu, je fais succéder à l'usage du barium celui de l'iodure de potassium, à la dose de 20 à 50 centigrammes (4 à 10 grains) par jour.

D'ordinaire la marche rétrograde de l'affection se manifeste pendant l'usage de la solution barytique, et, au bout de quelques semaines, par l'affaissement, l'atrophie et la chute de plusieurs des verrues.

La guérison complète exige le plus souvent deux mois au moins de traitement général, auquel je n'ai point eu besoin d'associer des moyens locaux. Rien n'empêche cependant, dans le cas d'une guérison trop lente, d'un nombre trop grand ou d'un volume trop considérable de ces végétations, d'en vider quelques-unes des plus volumineuses en les ponctionnant à leur sommet et en donnant

issue à leur contenu par la pression ; seulement il ne faut pas trop se hâter d'en venir là, avant que le traitement général n'ait été continué un temps suffisant pour atténuer la diathèse constitutionnelle. On devra attendre au moins pendant trois ou quatre semaines les effets du traitement général.

4° On sait que les verrues se composent de tissu cellulaire, d'épithélium et de vaisseaux sanguins. Il n'en est pas ainsi des excroissances que je viens de signaler comme se développant par groupes sur les paupières. A la vérité, elles présentent, au premier aspect, une ressemblance parfaite avec les verrues, surtout lorsqu'on les observe à l'époque de leur plus grand développement. Mais leurs éléments anatomiques ne sont pas les mêmes, et, en les examinant lors de leur début et de leur déclin, on reconnaît qu'elles doivent leur origine à une altération des follicules sébacés cutanés.

En effet, avant de prendre la forme et les caractères que nous avons décrits, chacune de ces excroissances constitue une petite élévation jaunâtre et peu résistante, semblable, pour sa couleur et sa forme, à un grain de millet, mais souvent plus pointue. En l'ouvrant à cette époque, on peut en faire sortir, par la pression, une matière jaunâtre une peu épaisse, tout à fait semblable à celle que contient la tumeur palpébrale appelée *milium*, et qui elle-même n'est que le produit d'une altération de la sécrétion des follicules sébacés de la peau.

De plus, si on observe ces fausses verrues dans leur dernière période, au moment où elles sont sur le point de se flétrir et de tomber, on constate les phénomènes suivants : L'ombilic est plus marqué, plus déprimé et plus large, d'une couleur rosée plus sale que le reste de la tumeur, et plus tard d'une teinte jaunâtre ou grisâtre. Au bout de quelque temps, la substance qui le constitue se détache à son pourtour ; la pression peut la faire sortir en un prolongement cylindrique ou filiforme, de la même teinte grisâtre ou blanchâtre tirant sur le jaune enfin. Plus tard ce filament sort spontanément, après avoir donné aux végétations un aspect hérissé, inégal, ou le contenu de la tumeur se résorbe sans être éliminé. La poche ambiante s'affaisse et disparaît ; quelquefois elle semble même se détacher et tomber entièrement ; mais ce dernier point n'est pas encore suffisamment avéré par mes observations.

On ne s'étonnera pas de la fréquence de ces excroissances chez des individus lymphatiques et scrofuleux, en songeant combien sont ordinaires, chez ces individus, les altérations des follicules sé-

bacés appelées *crinons* ou *comédons*, qui occupent de préférence la peau du nez, d'où la pression fait sortir également avec facilité le sébum sous la forme de filaments cylindriques.

Comme les éruptions verruqueuses de cette nature sont toujours une difformité gênante, très-désagréable pour les malades, et, de plus, un embarras pour les praticiens, il ne nous a pas semblé inutile de faire connaître le résultat de notre expérience sur ce point de pathologie.

OBSERVATIONS PRATIQUES,

Par M. le docteur JANS, de Peér.

Que l'on ne s'attende pas à trouver, dans les observations qui suivent, l'exposition de vues nouvelles sur la pathologie ou la thérapeutique oculaires. Je raconte tout simplement des faits pratiques qui m'ont paru instructifs; je m'abstiens de raisonnements, bien persuadé que l'exposition conduira naturellement aux réflexions que j'aurais pu émettre. Je préfère, du reste, laisser le lecteur sous l'impression que fera naître en lui chacun de ces faits, dont on retrouve d'ailleurs des analogues dans la pratique journalière.

Obs. I. — *Pannus vasculaire des deux yeux. Constipation. Disposition arthritique. — Guérison après cinq années de cécité.*

Meurs (Bartholomé), cultivateur à Zonhoven, âgé de 56 ans, d'une constitution robuste, est venu me consulter le 1er juin 1845, conduit par sa fille. Il me dit qu'il souffrait des yeux depuis 1837, que tous les moyens employés n'avaient fait qu'empirer son état, et que depuis 1840 il était réduit à un état de cécité presque complète.

Des vaisseaux fortement développés, convergeant de la circonférence au centre, et entrelacés à l'infini, recouvrent la cornée de chaque côté; impossibilité de reconnaître l'iris. Du côté droit, la cornée est quelque peu saillante. Les conjonctives palpébrales sont légèrement injectées, mais absolument exemptes de granulations, aussi bien en haut qu'en bas. Nulle sécrétion.

Le malade accuse des fatigues spontanées, de la constipation; il a souffert autrefois et souffre parfois encore de douleurs arthritiques et rhumatismales. Actuellement il a la face très-animée, la tête lourde, le pouls plein, dur.

Il conserve la sensation de la lumière, mais ne saurait distinguer aucun objet. Jamais il n'a été fait usage que de moyens locaux.

Je pratique une large saignée du bras. J'excise ensuite à chaque œil trois ou quatre des vaisseaux variqueux les plus saillants, dans le segment supérieur de la cornée, à une distance de 2 millimètres de l'union scléro-cornéenne; l'écoulement sanguin est favorisé par des lotions tiède.

Je prescris un régime sévère, l'usage d'aliments de facile digestion; je conseille de porter de la flanelle sur la peau. — A l'intérieur, je fais pren-

lte des pilules de calomel et d'aloès. — Les lotions oculaires avec l'eau fraîche, les bains de pieds sinapisés sont associés à ce traitement. — (Les sangsues à l'anus, positivement indiquées, ne furent pas ordonnées tant à cause de la répugnance du malade que de la certitude que j'avais que l'application n'en serait pas convenablement faite.)

Le 8 juin. — Le malade revient chez moi, toujours conduit par sa fille. L'état des yeux n'a que fort peu varié; je remarque seulement que le prolongement des vaisseaux que j'ai excisés est flétri. — Les fatigues spontanées sont moins fréquentes et moins prononcées; la disposition générale est meilleure. — Les pilules ont fait cesser la constipation et entretiennent plusieurs selles dans la journée.

J'excise de nouveau quelques-uns des vaisseaux les plus variqueux. Je fais continuer les divers moyens conseillés.

Le 15 juin. — La physionomie du malade, jusqu'ici empreinte de tristesse, respire en quelque sorte le bonheur et le contentement. La sensation de la lumière est devenue beaucoup plus grande; il distingue les mouvements de ses doigts, qu'il agite au-devant de ses yeux. — L'injection des cornées a considérablement pâli; on commence à discerner quelques interstices où la vascularisation disparaît. — Ventre libre.

Nouvelle excision de vaisseaux. Continuation des autres moyens.

Le 22 juin. — Meurs distingue la forme des maisons et des très-gros objets. La vascularisation kératique a diminué depuis le 15 dans une progression très-sensible. Les cornées ne sont plus parcourues que par quelques vaisseaux isolés; leur aspect reste mat, terne.

Quelques troncs variqueux, rampant sur la sclérotique et se rendant à la cornée, sont excisés.

Le malade se plaint d'un mal de tête assez prononcé; ce mal revient par intervalles. — Cette circonstance me décide à appliquer un séton à la nuque. — Les pilules sont continuées.

Le 29 juin. — La vision a beaucoup gagné. Meurs compte les doigts, reconnaît les gros objets. — L'état des cornées s'est amélioré; elles restent néanmoins ternes.

Quelques vaisseaux isolés sont excisés. — Continuation des moyens indiqués.

Le 7 juillet. — Meurs a fait le trajet de Zonhoven à Peér (4 lieues) en suivant la grande route et sans guide. Il reconnaît les obstacles placés dans son chemin, ainsi que la forme et la couleur des objets.

Le retour de la transparence des cornées a fait de notables progrès; on distingue maintenant les iris, leur coloration, ainsi que les ouvertures pupillaires.

Le 15 juillet. — Tout marche rapidement vers la guérison. Je crois devoir hâter la disparition du reste de trouble de la cornée par l'emploi de la poudre de Dupuytren, avec laquelle il est fait une insufflation chaque soir.

Le séton a été maintenu pendant quelque temps; l'aloès a été repris par intervalles.

La guérison a été complète; la vue de l'œil gauche est redevenue pour ainsi dire normale: celle de l'œil droit est moins bonne par suite d'un certain degré de conicité que j'ai signalé plus haut.

OBS. II. — *Abcès de la cornée vidé dans la chambre antérieure. Imminence d'accidents graves. — Saignée. Emploi du calomel et du polygala senega. Guérison.*

La femme R. S., de Breé, forte et sanguine, souffrait depuis plus d'un an d'un affection de l'œil droit, survenue après un refroidissement, lorsqu'elle vint me consulter le 17 décembre 1845.

Elle porte au centre de la cornée une petite élevure opaque, comme une tête d'épingle, et semblant formée par l'épithélium. Dans le fond de la chambre antérieure existe un amas de lymphe qui occupe environ un cinquième de cette cavité.

L'iris conserve sa coloration normale. La pupille est contractée. La photophobie est assez considérable. La conjonctive scléroticale est légèrement chémosiée; un cercle vasculaire très-fin, appartenant à la sclérotique, entoure la cornée. Des douleurs encéphalo-oculaires et circum-orbitaires, s'exacerbant pendant la nuit, tourmentent beaucoup la malade.

L'œil gauche est sain; les diverses fonctions sont normales.

J'avais évidemment affaire à un abcès de la cornée qui s'était vidé dans la chambre antérieure, d'où l'hypolympha que j'ai dit exister (1).

Les traitements, simplement externes et tout à fait irrationnels, mis en usage par divers praticiens, avaient perpétué une ophthalmie que des moyens appropriés eussent guérie en peu de temps; une recrudescence survenue depuis quelques jours avait pris le degré de gravité actuel, sous l'influence d'un onguent remis par un pharmacien, sans prescription de médecin.

Voici le traitement que j'instituai :

1° Une saignée du bras.

2° Huit sangsues à la tempe, du côté malade.

3° 1 grain de calomel, uni à 15 grains de polygala senega quatre fois dans la journée.

4° Quatre fois par jour une onction douce sur le front et les tempes avec gros comme une noisette d'onguent mercuriel belladoné (onguent mercuriel et extrait alcoolique de belladone, de chaque P. É.).

5° Entretenir la transpiration en se couvrant fortement, et en appliquant des sinapismes aux pieds deux fois par jour.

La malade habitant à deux lieues de Peér (Breé), j'avertis le mari qu'il se manifestera sans doute de la salivation, et je lui indique ce qui devra être fait en ce cas, en lui recommandant toutefois de venir m'instruire dans quelques jours de ce qui se passe.

Le 22 décembre. — Je n'avais reçu aucune nouvelle de la malade. Passant à Breé, je fus la voir : je la trouvai se promenant dans sa chambre; l'hypolympha avait entièrement disparu, il n'existait plus de photophobie; la conjonctive oculaire restait un peu rouge; le cercle péricornéen avait cessé de pouvoir être distingué. — Contraction normale de la pupille. Affaissement de l'élevure du centre de la cornée.

(1) Un fait de cette nature, observé à la clinique de M. CUNIER, a été exposé d'une manière très-remarquable par M. DE MATTOS (voir *Annales d'Oculistique*, vol. X, p. 130). Comme on le verra, le traitement que j'ai mis en usage est celui recommandé par M. CUNIER.

Le même traitement fut continué jusqu'à ce qu'il survînt des prodrômes de salivation; j'y joignis l'application d'un séton à la nuque, et plus tard je fis prendre quelques purgatifs.

La guérison eut lieu avec conservation d'un albugo central très-limité, n'apportant pas un obstacle bien gênant à la vision.

DALTONISME DICHROMATIQUE, OU PHÉNOMÈNES D'ACHROMATOPSIE.

Observation communiquée par le docteur DE CONDÉ,

Médecin de régiment au 6e de ligne, etc.

Le milicien Renneboog (Charles), de Mheér, près d'Alost, ayant les cheveux et les yeux bruns, les pupilles étroites, très-contractiles, l'iris un peu bombé, a été proposé pour la réforme à cause de cataracte capsulaire de l'œil gauche, faisant redouter le développement d'une cataracte semblable de l'autre côté. Cet homme présente un état cyanique bien prononcé des deux sclérotiques. Cette particularité nous frappe et nous suggère l'idée de le soumettre à des expériences propres à nous démontrer si la perception des couleurs se fait chez lui normalement. Il résulte de ces essais que toutes les couleurs du spectre solaire se confondènt en deux couleurs fondamentales, à savoir : le *jaune* et le *bleu*.

Le rouge foncé et le rouge vif, le rose, l'orange, le jaune, le vert où domine le jaune, le blanc gris, sont perçus comme nuances du *jaune*. Le bleu, le vert, ou le blanc avec une nuance bleuâtre, sont perçus comme du *bleu*. Toutes les couleurs foncées sont confondues avec le noir. Toutes les teintes très-pâles présentent pour lui quelque chose de blanchâtre; toutefois il ne paraît pas connaître le blanc proprement dit. La lumière décomposée au moyen du prisme n'indique pour lui qu'une couleur uniformément bleue.

La vue de cet homme est faible; elle se fatigue après quelques moments d'expériences, au point de devenir pour ainsi dire nulle.

Nous avons répété les expériences un grand nombre de fois, à distances rapprochées et à époques éloignées, et quoi qu'on ait fait pour le surprendre, jamais il n'a dévié.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux allemands.

Journal für Chirurgie u. Augenheilkunde.

De l'usage externe du calomel dans les ophthalmies; par M. le docteur J. Fritschi. — L'auteur traite de l'usage externe du

calomel en poudre dans certaines affections oculaires, et en particulier dans certaines formes d'ophthalmies. Il entre dans des détails minutieux que nous sommes forcés d'omettre, sur la manière d'introduire le calomel dans les yeux, sur la quantité de poudre qu'on doit employer pour chaque insufflation, sur les époques auxquelles il faut renouveler cette opération, et sur les accidents qui peuvent en être la suite. Il passe ensuite en revue la durée du traitement avec le calomel, et indique quels sont les cas d'ophthalmie dans lesquels ce médicament produit de bons effets, et doit même être préféré aux autres moyens; il s'appuie sur vingt-trois observations d'ophthalmies de différentes formes, dans lesquelles il a retiré des résultats avantageux de l'usage externe du calomel. Ce moyen, selon lui, ne convient pas à toutes les formes ni à tous les degrés des ophthalmies; mais dans quelques-unes de ces affections il agit avec tant de promptitude et tant d'efficacité, qu'aucune autre médication ne jouit d'autant de vertu. Ne pouvant, faute d'espace, suivre dans tous ses développements M. Fritschi, dont le travail, bien qu'offrant, selon nous, quelques hors-d'œuvre, ne manque pourtant pas d'un grand intérêt pratique, nous nous bornerons à donner ici les conclusions qu'il a cru devoir en déduire (*):

a) Le calomel est un moyen précieux dans la pratique ophthalmologique : il mérite, quand il n'existe pas de contre-indication réelle, la préférence sur tous les autres moyens locaux.

b) Le calomel a ses contre-indications, comme tout autre moyen : dans certains cas où son efficacité n'est pas contestable, il est pourtant inférieur à d'autres moyens sous le rapport de la promptitude, de la sécurité et de la puissance d'action.

c) Le calomel ne doit pas être employé sans règle si on veut éviter de nuire plutôt que d'être utile. Il faut qu'il soit convenablement indiqué dans chaque cas spécial. En individualisant son emploi, on sera rarement trompé dans l'action de ce moyen.

d) Dans beaucoup de cas où son emploi est bien indiqué, le calomel seul, à l'exclusion de tout autre moyen interne ou externe, peut arrêter les ophthalmies dans leurs différents stades et leurs

(*) J'ai fait usage, depuis deux ans, de la poudre de calomel et de sucre candi (de chaque P. É.) dans un très-grand nombre de cas d'affections oculaires. On trouvera dans un prochain numéro le résultat de mon expérience à ce sujet.

F. Cunier.

différentes formes : beaucoup de ces dernières demandent que l'usage du calomel soit précédé par l'emploi d'un autre moyen quelconque : d'autres ophthalmies n'éprouvent aucune amélioration par l'usage exclusif de médicament ; et d'autres enfin ne sont pas guéries, mais seulement améliorées, par ce moyen.— L'amélioration qui a fait des progrès jusqu'à un certain degré s'arrête tout à coup, réclame alors l'emploi d'autres moyens (dans les cas pressants), ou enfin fait de nouveaux progrès plus ou moins rapides par la reprise du calomel après quelque temps de suspension.

e) Les ophthalmies intenses, d'un caractère franchement inflammatoire, chez les individus jeunes, robustes, ne supportent pas le calomel pendant le premier stade : du moins son efficacité est-elle très-douteuse aussi longtemps que l'inflammation conserve toute sa force ; ceci ne peut s'obtenir que par une diète sévère, un traitement antiphlogistique, la révulsion sur les intestins par le calomel ou les sels neutres, et quelquefois même par les applications de sangsues. L'inflammation est-elle éteinte, est-elle parvenue au deuxième stade, le calomel peut alors enlever rapidement les symptômes morbides qui subsistent, si toutefois rien ne vient contre-indiquer son emploi.

f) Pendant l'existence d'une fièvre catarrhale intense (dans l'ophthalmie catarrhale aiguë), d'une fièvre rhumatismale (dans l'ophthalmie rhumatismale aiguë), dans les congestions intenses vers la tête (dans les ophthalmies chroniques), pendant les exacerbations violentes et par choc de l'état scrofuleux, surtout pendant les affections de la tête et l'éruption d'exanthèmes étendus, serpigineux et impétigineux de la face et de la tête (dans l'ophthalmie scrofuleuse et ses différentes formes), il est irrationnel d'avoir recours de prime abord à l'application locale du calomel, puisque, par là, l'irritation prend trop facilement de l'intensité et que le travail morbide s'opère plus rapidement vers les parties supérieures. Dans ces cas, il faut d'abord avoir recours à un traitement général convenable ; si l'inflammation a disparu sous l'influence des antiphlogistiques, du nitre, du tartre émétique, de l'aconit, du vin de semences de colchique, ou que par les purgatifs, les sels neutres et surtout le calomel, un régime et un genre de vie convenables, elle ait été ramenée à un degré moyen ou même plus faible, on peut alors hardiment employer le calomel. Dans quelques cas où l'irritation, soit locale, soit générale, n'a pas acquis une trop grande intensité, on peut, en même temps que les moyens convenables indiqués, employer le

calomel, même au début, sans craindre d'accidents et sans occasionner aucun mal.

g) Les ophthalmies scrofuleuses *pures*, les ophthalmies catarrho-rhumato-scrofuleuses, les ophthalmies rhumatismales, les ophthalmies catarrhales, qui ne débutent pas avec des symptômes trop intenses, peuvent être traitées, même dans le premier stade, par l'emploi du calomel; leur durée en est régulièrement diminuée. Les cas d'ophthalmies plus aiguë, chez des individus phlegmatiques, mous et relâchés, ou même avec éréthisme, n'excluent pas l'usage du calomel dans le premier stade de la maladie.

h) Dans le deuxième stade de la plupart des ophthalmies, et surtout dans toutes les formes des ophthalmies scrofuleuse, catarrhale, rhumatismale, arthritique, on peut considérer le calomel comme un des moyens curatifs les plus puissants. Dans les formes chroniques de ces mêmes ophthalmies on ne possède guère de remède plus efficace que le calomel. Quand ce moyen n'agit pas avec efficacité, dans certains cas qui ne sont pas très-invétérés ni des plus intenses, cela paraît dépendre de rapports que nous ne pouvons pas apprécier, et qui, quand bien même nous le pourrions, ne sauraient toujours être éloignés immédiatement.

i) Les inflammations de l'œil ou des paupières qui surviennent chez les individus mal nourris, très-affaiblis, très-mous ou qui revêtent un caractère très-torpide, résistent souvent avec opiniâtreté à l'action du calomel; il en est de même des inflammations qui ont une grande tendance à donner lieu au pannus, aux callosités, à l'induration des glandes, et de celles qui sont disposées à faire des progrès ultérieurs, jusqu'à ce qu'enfin il se forme un abcès qui se développe rapidement et profondément. Ces dernières formes, tout comme les blennorrhées très-opiniâtres et fournissant beaucoup de sécrétion (en exceptant toutefois la formation d'un abcès) pourraient encore le mieux convenir à l'emploi du calomel au moyen d'une petite compresse, d'après le procédé de Mayor.

k) Les ophthalmies des nouveau-nés et les ophthalmies gonorrhoïques qui ne sont pas trop intenses, et dont la marche n'est pas trop rapide, conviennent beaucoup à l'emploi du calomel. Mais quand, au commencement, les symptômes sont graves et font craindre que des accidents ne surviennent promptement, il serait dangereux de recourir au seul emploi du calomel, qu'on doit faire précéder par un traitement local et général très-énergique. Quand la grande

violence des symptômes est apaisée, alors il n'est plus permis de douter de l'efficacité du calomel.

l) Les blennorrhées palpébrales, catarrhales, scrofuleuses, gonorrhoïques, purulentes peuvent encore souvent disparaître dans leur degré le plus élevé, si l'énergie des parties affectées localement n'est pas trop déprimée et si le ramollissement des membranes, surtout de la cornée, de la conjonctive, par exemple, dans les ophthalmies des nouveau-nés, dans la purulente et dans la gonorrhoïque, n'a pas fait trop de progrès. Dans ces cas le calomel n'est pas seulement inefficace, mais il est aussi nuisible en favorisant l'état de la désorganisation. Il en est de même quand il existe une grande disposition à l'ulcération et à la formation d'abcès.

m) Dans les cas où le calomel jouit d'efficacité, celle-ci ne tarde pas à se montrer : quand son action est nuisible, on ne tarde pas non plus à s'en apercevoir. La durée après laquelle le calomel fait sentir son action favorable ou nuisible doit servir de règle pour continuer ou suspendre l'usage de ce moyen.

n) Le calomel, dans bien des cas où son usage exclusif ne peut pas amener la guérison, est encore un adjuvant précieux, car il diminue alors beaucoup les douleurs très-pénibles et la photophobie, comme, par exemple, dans certains cas spéciaux d'ophthalmie scrofuleuse, d'ophthalmie militaire, etc.

o) Le calomel ne fait très-souvent sentir son action qu'alors qu'on a suspendu son emploi pendant quelque temps : si une amélioration prompte ne paraît pas bientôt après qu'on en a recommencé l'usage, il reste alors sans efficacité ou devient même nuisible.

p) La photophobie et le blépharospasme, pendant l'emploi du calomel, disparaissent toujours très-promptement et visiblement; quand cela n'a pas lieu, il faut en accuser soit de fréquentes recrudescences de l'inflammation, de violentes exacerbations, des dyscrasies, des irritations intenses du cerveau et de ses membranes, des yeux, ou des écarts de régime, des collections de pus dans la chambre antérieure, etc.

q) On ne doit jamais oublier de tenir compte des indications générales que chaque genre d'ophthalmie réclame dans son traitement; telles sont un régime convenable, un genre de vie modéré, le soin de préserver l'œil enflammé contre une clarté trop vive et une température extrême; d'entretenir la sécrétion du ventre, des reins et des fonctions de la peau.

r) Dans les ophthalmies dites dyscrasiques, la scrofuleuse et

d'autres, l'emploi exclusif du calomel, là où il jouit de toute son efficacité, peut, sans le concours des moyens appelés dyscrasiques, guérir le mal. Il en est de même dans les ophthalmies catarrhales, rhumatismales, quand la fièvre n'est pas trop intense, ou si les symptômes purement locaux de l'ophthalmie ne sont pas accompagnés de fièvre. — Là où le calomel se montre efficace, il fait disparaître radicalement les symptômes présents, c'est-à-dire qu'il produit une guérison complète : il n'a cependant pas la puissance de détruire la disposition aux récidives.

s) Le traitement des ophthalmies par le calomel est simple, très-facile à employer, et peut épargner beaucoup de temps, d'argent et de douleur.

De la cécité en général; par M. le professeur W. Lachmann, de Brunswick. — Que doit-on, rigoureusement parlant, entendre par un *aveugle?* Il n'est pas tout à fait aussi facile qu'on se l'imaginera de répondre convenablement à cette question.

Il faut entendre par *aveugle*, un individu dont les yeux ne sont plus impressionnés par la lumière : en d'autres termes, celui qui ne peut pas voir; mais il existe plusieurs degrés de cécité, — depuis l'obscurité la plus profonde dans laquelle sont plongés ceux qui ont complétement perdu les yeux ou chez lesquels ces organes sont paralysés, — jusqu'à cette condition dans laquelle le malade n'aperçoit qu'une légère clarté à travers une petite ouverture irienne, qui, la plupart du temps, n'existe pas dans la direction de l'axe visuel. Dans d'autres cas, la cornée est opaque, ou il y a semi-paralysie, et les objets peu éloignés sont distingués comme à travers un papier huilé.

Si les individus de ces deux dernières catégories possèdent l'avantage précieux de pouvoir se conduire à l'aide du peu de vision qu'ils ont conservée, ce qui leur en reste n'est toutefois pas suffisant pour leur permettre de lire et d'écrire, ou pour exercer un métier. Ces individus, spéculant trop souvent sur l'état d'imperfection de leur vue, n'apprennent ordinairement rien, et s'ils sont pauvres, ils ont une grande disposition au vagabondage. — Il se trouve aussi des borgnes qui conservent un œil absolument sain, et qui ne l'emploient qu'avec réserve, dans la crainte de le compromettre; chez d'autres, l'œil conservé est faible et ne peut leur servir à pourvoir à leur subsistance par le travail.

D'après ce qui précède, on peut définir un *aveugle*, en ces termes :

Un aveugle est celui dont les organes visuels ont éprouvé dans leurs rapports fonctionnels des changements d'une nature telle que la faculté de reconnaître les objets visibles n'est plus suffisante pour lui permettre d'apprendre ou de faire quelque chose pour pourvoir à sa subsistance. Qu'il ait autrefois exercé un métier, ou qu'il ait pu l'apprendre, cet individu n'est actuellement plus en état de se livrer à un travail capable de lui procurer les moyens de subsister comme celui qui a conservé l'intégrité de la vue.

Tenant compte des différents degrés de cécité, qui exercent une si grande influence sur le sort et le genre de vie des aveugles, on peut établir la classification suivante :

I. *Complétement aveugles :* dont les yeux sont détruits ou entièrement paralysés.

II. *Non complétement aveugles :*

a) Avec sensation de la lumière ; reconnaissant le jour, la nuit, la lumière des bougies, mais ne pouvant distinguer les couleurs.

b) Avec perception de la lumière (comme ceux *a*), mais pouvant en outre reconnaître la flamme d'une bougie, les couleurs très-rapprochées de l'œil.

c) Avec la perception de la lumière (comme ceux *a* et *b*) et pouvant en outre discerner les gros contours des objets placés à une distance de quelques pieds, et les petits contours des objets rapprochés des yeux.

d) Dans les conditions *a*, *b* et *c* ; mais les objets placés à la distance de quelques pieds à quelques pas paraissent être vus comme à travers un papier mince huilé, un verre dépoli ou une gaze épaisse ; les objets plus éloignés et connus sont discernés ; le caractère d'impression noir ou colorié peut être déchiffré lorsqu'on le rapproche fortement des yeux.

Les cécités dans la classe I et dans les subdivisions *a*, *b* et *c* de la classe II sont la suite d'inflammations ou d'amauroses ; la subdivision *c* comprend plus particulièrement la cécité due à la cataracte congénitale, ou à celle développée dans un autre âge et aussi à l'amaurose commençante.

Relativement à l'époque où la cécité s'est manifestée, et à son influence sur les moyens de pourvoir à leur subsistance, les aveugles peuvent être distingués ainsi : 1) atteints de cécité dès les premières semaines ou pendant la première année de la vie ; 2) devenus

aveugles après l'âge de sept ans; 3) après l'âge de vingt-cinq ans; 4) après la quarantième année.

Un grand nombre de malheureux atteints d'une diminution considérable de la vision tombent dans un désœuvrement complet, dans la pauvreté et la mendicité; il faut ajouter que souvent ils ont eu recours pendant des années, dans l'espoir de récupérer la faculté de voir, à un traitement coûteux dans lequel on a épuisé toutes les ressources de la médecine, de la chirurgie et de la matière médicale. Une constitution affaiblie, une habitude incessante de ne rien faire, l'état inconsolable dans lequel ils se trouvent, et l'espoir qu'ils ont, par cette raison, de pouvoir exciter la commisération publique, constituent d'autres causes qui mènent généralement à la mendicité ces gens sans moyens d'existence, n'ayant jamais eu le goût du travail, et qui finissent par être à la charge de la société. Combien d'entre ces individus ne pourraient-ils pas mener une vie d'activité, qui serait utile et heureuse, si chaque État (assez important par ses ressources et son étendue) possédait un établissement destiné à occuper et entretenir les aveugles adultes? Un grand nombre, après avoir appris un métier convenable, après avoir contracté l'habitude du travail, et chez lesquels l'art aurait amélioré, à un certain degré, la vision, retourneraient dans leurs familles où ils cesseraient de figurer comme des êtres inutiles. Un aveugle qui, même avec un seul œil, conserve la faculté de distinguer la lumière et les contours, ou même la forme et le nombre des objets volumineux, a un avantage incroyable sur le malheureux dont la faculté visuelle est absolument morte. La persistance d'un certain degré de vision, quelque minime qu'il soit, fût-il borné à la sensation du jour et de la nuit, exerce plus d'influence qu'on ne se l'imagine, sur le développement du corps et de l'intelligence ainsi que sur l'activité.

Les aveugles de cette catégorie sont toujours plus animés, plus gais que ceux complétement aveugles, qu'ils aient perdu la faculté visuelle dans leur tendre jeunesse ou dans un âge plus avancé.

Dr BINARD.

OEsterreichische Medicinische Jahrbücher.

Lettre sur Constantinople; par le docteur RIGLER. — L'auteur a vu fréquemment la cristalloïde se fendre à la suite de la déhiscence du cristallin; il en résultait une absorption progressive suivie du retour de la vision, que l'on ne manquait pas d'attribuer à l'effet

des pratiques religieuses auxquelles se livrent les musulmans frappés de cécité.

L'adoption du fez, qui a remplacé communément l'ancienne et si pesante coiffure, le turban, a considérablement diminué le nombre des aveugles. Le docteur Rigler a visité de nombreux individus chez lesquels la perte de la vue était survenue sous l'influence de cette cause; la plupart étaient atteints d'amaurose, en assez grand nombre de nature glaucomateuse; plusieurs étaient atteints d'atrésie pupillaire avec cataracte lymphatique, de cataracte capsulaire avec synéchie.

En novembre 1842, il s'est présenté une épidémie d'ophthalmie égyptienne; nous avons déjà fait connaître, d'après M. Binard, (vol. XIII, p. 234) les observations de l'auteur à ce sujet.

M. Rigler a observé l'héméralopie à l'état épidémique.

De la nyctamblyopie et de l'héméramblyopie. Note pour servir à éclairer l'étude des maladies connues sous les noms de nyctalopie et d'héméralopie; par le docteur Beer. — L'auteur est d'avis que l'on devrait abandonner les expressions d'*héméralopie* et de *nyctalopie*, qui sont vagues; ce ne sont là, pour lui, que des symptômes d'amblyopie, et l'on devrait désormais désigner sous le nom d'*héméramblyopie* l'état des yeux dans lequel la vision est diminuée pendant le jour et se fait normalement la nuit; le nom de *nyctamblyopie* servirait à désigner l'état dans lequel la diminution a lieu pendant la nuit tandis que la fonction est normale durant le jour. — L'anomalie dans laquelle une personne voit mieux que d'ordinaire durant la nuit, devrait, selon M. Beer, être appelée *nyctopia;* celle-ci peut exister avec ou sans *héméramblyopie*.

Journaux italiens.

Annali universali di Medicina.

Note sur deux cas d'amaurose guérie par l'électricité; par le docteur Crispo, de Naples. — L'auteur, dans une communication lue au Congrès scientifique de Venise, a cité deux faits d'amaurose asthénique incomplète, traités avec succès par l'électricité. Les sujets étaient âgés l'un de 70, l'autre de 71 ans. L'électricité a été employée concurremment avec les moyens ordinaires.

Considérations sur le glaucôme; par le docteur Fario, de Venise. — Ce mémoire a été, comme la précédente note, lu au Congrès de Venise (septembre 1847). A notre grand regret, nous ne possédons pas le n° de décembre des *Annali universali*, qui renferme l'exposition des recherches de M. Fario ; nous devons nous borner à reproduire la note suivante que nous trouvons dans l'*Union médicale:*

« Pour lui (M. Fario), le glaucôme est une maladie de la rétine et de la choroïde, caractérisée par un changement de couleur de ces deux membranes qui est devenue violacée pour la choroïde, et rouge pour la rétine. La coloration verte du fond de l'œil tient au mélange des rayons violets et rouges qui sont réfléchis dans les deux membranes et qui viennent se combiner dans l'humeur vitrée. »

Journaux français.

Gazette médicale de Paris.

Entraînement des parties antérieures du corps vitré, pendant l'opération de la cataracte par abaissement; par M. Lucien Boyer. — De l'ensemble des faits et des expériences auxquelles il s'est livré, M. L. Boyer a été conduit à considérer l'entraînement des parties antérieures du corps vitré comme fréquent pendant l'opération, et souvent indépendant de tout état pathologique particulier.

« Exactement enfermé dans une sphère creuse parfaitement lisse à l'intérieur, et n'ayant avec elle que les connexions les plus délicates, le corps vitré, dit l'auteur, se laisse facilement traverser par un instrument délié. Antérieurement il adhère à la capsule exactement remplie par un corps plus dur, le cristallin, qui peut lui transmettre par une large surface les mouvements qui lui sont communiqués à lui-même. Or cette transmission est d'autant plus complète que les connexions du cristallin sont plus intactes, et d'autant plus efficace que l'effort s'éloigne plus de la direction exacte du rayon de la sphère. Si une ouverture suffisamment large a été faite à la capsule, le cristallin pourra la franchir sans peine; si, au contraire, cette ouverture est étroite, il ne pourra la traverser que sous l'influence d'une pression plus énergique qui se communiquera au sac et au corps vitré qui lui adhère. D'autre part, si l'effort du déplacement a lieu exactement dans la direction du rayon, la sphère n'étant sollicitée à s'incliner dans aucun sens restera en équilibre et immobile; si, au contraire, cet effort agit plus ou moins obliquement relativement à l'extrémité du rayon, le corps vitré tendra à éprouver une déviation proportionnelle à cette obliquité. »

L'auteur fait ensuite application de ces principes aux différents procédés d'abaissement de la cataracte, au choix des instruments.

Voici le procédé qu'il propose d'adopter pour parer le plus sûrement à l'inconvénient qu'il signale :

« L'aiguille tenue dans la position ordinaire, il l'enfonce rapidement à travers la sclérotique, à 2 ou 3 millimètres de la cornée et vers le milieu de la hauteur verticale de l'œil. Alors il incise la capsule postérieure dans sa plus grande largeur, suivant la direction du diamètre transversal lui-même. Cette incision peut se faire, soit avec le tranchant postérieur de l'aiguille, si l'instrument a pénétré dans l'appareil lenticulaire, soit avec le tranchant antérieur s'il a pénétré dans le corps vitré. On peut, pour plus de sûreté, associer alternativement ces deux mouvements. Au moment où l'on presse d'arrière en avant sur la capsule postérieure pour l'inciser, on peut voir le cristallin repoussé un peu en avant vers la pupille, mais il n'y a point à cela d'inconvénient, la capsule antérieure étant encore intacte. Cette incision étant faite, on imprime au manche de l'aiguille le mouvement de rotation qui doit porter une face en avant et une en arrière, et on lui fait exécuter autour du point d'introduction, comme centre, le mouvement de circumduction qui doit lui faire contourner le bord supérieur de la lentille et amener le fer de lance au-devant de la face antérieure de la cataracte. Arrivé à ce point, on peut à peu près indifféremment déchirer et déplacer la capsule antérieure ou ajourner cette dilacération après le déplacement de cristallin. Si celui-ci est solide, on peut sans difficulté, dans l'un et l'autre cas, lui faire franchir l'ouverture de la capsule postérieure ; mais s'il est mou, il y aurait peut-être avantage à n'avoir point ouvert la capsule antérieure avant de chercher à le déplacer.

» Si l'on déplace le cristallin sans avoir au préalable déchiré la capsule antérieure, on doit toujours terminer l'opération en déchirant la capsule, et si l'on ne peut abaisser en une seule pièce le voile qu'elle forme en disséminant ses lambeaux dans toutes les directions.

» Pour déplacer le cristallin en totalité lorsqu'il est solide, on presse exactement d'avant en arrière sur sa partie moyenne, en ramenant l'extrémité du manche de l'aiguille en avant, et avec le soin de ne point le lever ou l'abaisser de façon à repousser le cristallin directement vers le centre de l'œil. Par cette manœuvre, il est refoulé vers la boutonnière faite en arrière à la capsule, la fran-

chit et passe dans le corps vitré. Lorsque ce premier temps du déplacement est opéré, on fait exécuter à l'instrument un mouvement de rotation qui en amène une face en haut et l'autre en bas, et dans ce mouvement on opère la réclinaison ; alors seulement on déprime le cristallin et on l'applique à plat contre la paroi externe de l'œil, directement sur le muscle droit inférieur ou vers l'intervalle qui le sépare du muscle droit externe. C'est alors qu'il convient, si on ne l'a pas fait plus tôt, de revenir déchirer et déplacer la capsule antérieure avant de relever l'instrument. »

Le mémoire dont on vient de lire l'analyse a été lu par M. Boyer dans la séance du 18 juillet de l'Académie de médecine de Paris ; il a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Blandin, J. Cloquet et Réveillé-Parise.

Kyste de l'orbite. Injection iodée. Guérison; par M. Tavignot. — L'auteur a communiqué ce fait à l'Académie des sciences de Paris ; il croit que c'est le premier de ce genre qui ait été publié.

Obs. — « Mlle Branger, âgée de 12 ans, 136, rue du Faubourg-Poissonnière, a été observée par moi, pour la première fois, le 20 février dernier.

» Depuis un mois, l'œil droit est plus saillant que l'autre ; la vue est trouble ; il y a des douleurs dans le nez, le front, la tempe. Au-dessus de l'œil, vers le tiers interne de l'orbite, il existe une tumeur à surface lisse, non bosselée, et qui peut avoir dans sa partie proéminente le volume d'une noisette. Cette tumeur s'enfonce profondément dans l'orbite, tandis que sa partie antérieure soulève à peine la paupière supérieure, et n'atteint pas le rebord orbitaire du frontal.

» Le 27 avril, je pratique, aidé de mon confrère M. Darriaut, une ponction avec un trocart d'un médiocre volume ; il s'écoule aussitôt un liquide citrin, transparent. L'œil rentre dans sa cavité. A l'aide d'une seringue d'Anel, je fis deux injections de teinture d'iode avec addition d'iodure de potassium. J'abandonnai une petite portion du liquide dans l'intérieur du kyste.

» La réaction inflammatoire fut assez vive, sans avoir néanmoins rien d'inquiétant. Nouvelle exophthalmie.

» Depuis l'opération, le kyste, très-distendu d'abord, a diminué peu à peu de volume ; ses parois sont devenues plus denses, l'œil est rentré dans sa cavité ; de sorte que, le 25 *mai*, moins d'un mois après l'opération, la malade pouvait être considérée comme guérie. Les débris membraneux du kyste, que l'on touchait encore à travers la paupière supérieure, ont fini par s'atrophier d'une manière complète. »

Journaux belges.

Archives de Médecine militaire.

Du traitement des granulations palpébrales; par M. Fromont père, médecin de garnison honoraire. — Nous avons publié dans

notre livraison d'avril dernier (vol. XIX, p. 154) un mémoire de M. le docteur Scheltjens intitulé : *Généralités sur l'évolution et la thérapeutique des granulations palpébrales dans l'ophthalmie des armées*. Ainsi que nous l'avons dit, l'auteur a lu ce mémoire dans une des conférences scientifiques de la garnison de Mons ; une discussion s'est élevée à ce sujet : nous allons reproduire les observations de M. Fromont père.

« Je ne puis, a dit M. Fromont, partager entièrement la manière de voir de notre collègue sur le traitement des granulations vésiculeuses récentes.

» D'abord, est-il rationnel de cautériser les granulations tout à leur début et lorsqu'elles ne sont encore qu'en très-petit nombre? M. Scheltjens répond par l'affirmative et c'est le premier point sur lequel je me trouve en opposition avec lui. C'est là une pratique peu prudente qui produit parfois un engorgement, une inflammation assez vifs de l'œil, et qui, dans certains cas, agit comme cause occasionnelle d'un plus rapide développement granulaire, tandis que bien des granulations vésiculeuses récentes guérissent spontanément et en peu de temps. Combien n'avons-nous pas vu de paupières présentant aujourd'hui cette légère affection et qui le lendemain n'en offraient plus de traces? Et puis, ce genre de granulations disparaît-il toujours après une ou deux cautérisations, comme le dit notre collègue? Pour ma part, messieurs, je suis loin d'avoir obtenu, dans mes essais, des succès aussi rapides.

» Je n'approuve donc pas cette précipitation à employer contre une affection légère un moyen violent qui entraîne parfois des dangers pour la vision, ou qui au moins cause de la frayeur et une vive douleur au malade. Pourquoi ne pas faire pendant quelques jours de l'expectation, pour voir si les vésicules vont disparaître d'elles-mêmes ou devenir apparentes? Dans ce dernier cas il sera temps encore de recourir à la cautérisation.

» M. Scheltjens a une telle confiance dans cette cautérisation *préventive* qu'il laisse même les granulés légèrement atteints dans leurs compagnies. Je ne peux pas non plus approuver cette conduite. Si, comme il le dit, les vésicules palpébrales sont l'origine, le commencement de l'ophthalmie granuleuse, n'est-il pas urgent d'isoler les hommes qui peuvent transmettre ce germe à ceux au milieu desquels ils vivent?

» Ce qui diminue encore ma confiance dans la vertu préventive de ces cautérisations des vésicules granulaires, c'est que nous voyons s'élever de nouvelles granulations à côté de celles qui ont été détruites par le caustique. La raison en est toute simple : l'azotate d'argent n'agit que sur l'effet et non sur la cause de la maladie ; la disparition de deux ou trois vésicules n'empêchera pas que d'autres renaissent quelque temps après.

» Je conclus donc, messieurs, que la cautérisation des granulations primitives, à peine naissantes et en petit nombre, est *souvent inutile*, *parfois nuisible* et *rarement préventive*. L'isolement et le repos suffisent le plus souvent pour leur guérison. Ce n'est, à mon avis, que lorsque ces corpuscules ont résisté un certain temps aux moyens hygiéniques, lorsqu'ils ont pris du développement et qu'ils siégent plus uniquement dans l'angle externe de l'œil, qu'il faut se décider à les attaquer par le caustique.

» Je ne terminerai pas ces observations sans dire un mot de *l'excision* des granulations que notre collègue M. Scheltjens semble ne pas apprécier à sa juste valeur. Cette opération, à la vérité, trouve plus rarement aujourd'hui ses indications, car, il faut en convenir, grâce à nos travaux, les affections granuleuses palpébrales ont considérablement perdu de leur gravité. Nous ne voyons plus qu'à de rares intervalles des paupières renversées et couvertes d'une masse effrayante de granulations charnues. C'était à l'époque où ces cas étaient communs que le caustique, trop lent dans son action, dut être remplacé par l'excision ; mais cette méthode ne doit pas être omise si de nouveaux cas de ce genre se présentent : ce serait rejeter un moyen précieux dans ces circonstances, et je tiens à le rappeler aux officiers de santé de notre armée.

» Ces légères critiques, messieurs, ne diminuent aucunement la valeur scientifique de l'opuscule de notre collègue; nous lui devons cette justice que sa communication offre un vif intérêt pour tous ceux qui étudient cette question de médecine militaire. »

Un médecin adjoint, M. Dethier, a appuyé les réflexions de M. Fromont. M. Dethier n'est pas non plus de l'avis de M. Scheltjens sur l'emploi général et exclusif de la cautérisation. Quoiqu'il considère la pierre infernale comme le moyen par excellence dans la grande majorité des cas, il croit que certaines granulations s'exaspèrent sous son influence, et que le caustique appelle parfois sur l'œil un travail fluxionnaire qui ne disparaît que très-difficilement ou qui s'y fixe lorsque la cautérisation est souvent répétée. « Il n'est pas possible jusqu'ici, dit-il, de déterminer d'avance quels sont les granulés chez lesquels le caustique aura un mauvais effet, mais je crois que ce sont surtout les individus pâles, blonds, à figure bouffie, à peau fine et blanche, ceux en un mot, d'un tempérament lymphatique non torpide. La détermination de ces différences constitutionnelles, ajoute M. Dethier, serait, on le conçoit aisément, du plus haut intérêt ; j'engage mes collègues à porter spécialement leur attention sur ce point. »

Ophthalmie de l'armée belge. — Nous lisons ce qui suit dans le résumé des rapports du deuxième semestre 1847 :

« Les *ophthalmies* graves n'ont pas été plus fréquentes qu'en d'autres années ; mais plusieurs régiments ont présenté un grand nombre d'ophthalmies catarrhales, pour la plupart desquelles les hommes ne furent pas envoyés aux hôpitaux. C'est dans les garnisons d'Arlon, de Liége, de Tournay, et au 4e de ligne, à Anvers, qu'elles ont été particulièrement communes. M. Decaisne croit devoir attribuer, en grande partie, ces affections à l'habitude que plusieurs régiments ont prise, en 1847, de faire exercer la troupe au milieu de la journée (de 9 heures à midi), et malgré les chaleurs accablantes de juillet et d'août ; car c'est à cette époque que ces ophthalmies sont survenues, et nous avons pu re-

marquer qu'elles ont cessé brusquement lors du refroidissement de la température. « Les hommes, dit M. Decaisne, rentraient de l'exercice en pleine transpi-
« ration, leur linge était littéralement trempé, il y avait une vive turgescence
» de toute la surface cutanée; ils s'empressaient d'ôter leur veste, d'ouvrir les
» fenêtres, et gagnaient ainsi de brusques refroidissements. Pour qui connaît
» l'insouciance du soldat et la vie intérieure des casernes, il sera facile de com-
» prendre que ni ordres, ni punitions ne peuvent arrêter la plupart de ces im-
» prudences. La prévision du chef, en empêchant que les fatigues du soldat
» n'aillent jusqu'à cette abondante transpiration, et en choisissant des heures
» d'exercice plus en harmonie avec les exigences de l'hygiène, peut seule pré-
» venir ces indispositions. »

D'autres médecins ont exprimé, dans leurs rapports, la même opinion sur le danger des exercices au milieu des journées chaudes de l'été.

Journal de la société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Revue des principaux cas d'ophthalmologie traités pendant le deuxième semestre 1847 *dans le service de* M. Seutin, *à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles;* par M. A. Demarteau. — Parmi les onze ophthalmies traitées pendant ce semestre, il s'est présenté une seule ophthalmie granuleuse, qui a été traitée avec succès par la cautérisation au moyen du nitrate d'argent et par les dérivatifs. Quant aux autres affections des yeux, elles appartenaient aux ophthalmies scrofuleuse et catarrhale. Pour les premières, M. Seutin se borne en général à soustraire l'organe malade à l'action de la lumière; s'il y a une pustule, il la cautérise avec le nitrate d'argent, il soumet l'individu à un régime analeptique, et il lui donne l'huile de foie de morue. Ces moyens font bientôt céder cette affection. Pour les secondes, M. Seutin cherche à modifier l'état de la conjonctive au moyen d'instillations au nitrate d'argent (2 grains par once), de frictions avec l'onguent mercuriel belladoné autour des orbites. Si l'inflammation est intense, il y joint les purgatifs et les saignées.

Bulletin bibliographique.

William Gibson. — *Lecture correlative to a course on Surgery, in the University of Pensylvania, embracing a short account of eminent Belgian surgeons, physicians*, etc., etc., etc. Philadelphia, 1848, J. G. Auner, 8°, pp. 32.

Chronique.

PALERME. — On lit dans une lettre de Palerme adressée à l'*Ateneo* : « Le gouvernement provisoire a confié les fonctions de secrétaire de la légation sicilienne près la république française à M. le docteur FURNARI, fixé depuis plusieurs années à Paris, et que de nombreux travaux sur les sciences médicales, et en particulier sur l'ophthalmologie, ont placé au premier rang parmi les savants de cette capitale. Une mission dont il a été chargé en Algérie, il y a quelques années, a mis ce médecin en rapport avec la plupart des hommes que la révolution française a récemment appelés au pouvoir. M. FURNARI se trouvait donc recommandé à plusieurs titres au choix de nos hommes d'État, et nous sommes persuadés qu'il pourra rendre des services signalés à la cause de notre patrie. »

BRUXELLES. — On lit dans le *Journal des Arts :*

« M. l'architecte CLUYSENAER a remis depuis deux jours à MM. les bourg- » mestre et échevins les épures et devis détaillés de l'hospice des aveugles » à élever sur le terrain vague qui se trouve près de la porte de Hal, dans » la direction du chemin de fer du midi. Nous croyons donc pouvoir espérer » que cette affaire, dont on s'occupe depuis quatre ou cinq ans, tout en la » laissant à peu près toujours au même point, ne tardera pas enfin à se ter- » miner sérieusement. Cent mille francs ayant été légués pour cette institu- » tion, par le baron DE GENT LENGLENTIER, la ville s'enrichira à peu de frais » d'un monument de la plus haute utilité, et qui aura l'avantage d'embellir » un quartier dont l'aspect est fort triste aujourd'hui.

» Le projet est calculé pour une population de cent aveugles. L'architecture, » dans le style roman, est combinée de façon à donner à la construction le » caractère de sa destination.

» Nous espérons pouvoir publier prochainement une vue pittoresque de » cet intéressant édifice. »

Nous formons des vœux pour qu'une décision intervienne; mais nous craignons la précipitation, et nous ne saurions assez engager l'administration communale à faire examiner le projet dans tous ses détails par des hommes compétents. La distribution intérieure d'un hospice d'aveugles est soumise à certaines règles que l'expérience a consacrées et dont l'inobservance entraîne les plus fâcheux inconvénients pour les malheureux qui y sont admis, en même temps qu'elle occasionne un surcroît désastreux de dépenses journalières. Nous nous proposons de revenir sur cet objet, si le plan est exposé ou s'il nous est permis d'en prendre inspection.

— Il a été reconnu que l'évaluation des biens légués par le baron DE LENGLENTIER, pour l'érection de l'hospice des aveugles, a été exagéré d'environ 57,000 francs. Les ressources se trouvent ainsi réduites à 160,717 francs, y compris le subside de 55,000 francs accordé par la ville de Bruxelles.

— L'Institut des sourds-muets et des aveugles, établi rue Haute, compte actuellement 26 aveugles pensionnaires; l'Institut des filles (Rempart-des-Moines) renferme 18 aveugles.

— On nous écrit de Bruges qu'outre le dispensaire ophthalmique d'Ypres, qui reçoit un subside provincial de 200 francs, il existe un second établissement de ce genre dans la Flandre occidentale. Ce second dispensaire ophthalmique est

établi à Bruges, et reçoit un subside provincial annuel de 400 francs. — Notre correspondant pense qu'il pourra nous fournir une copie du rapport qu'on lui dit avoir été adressé à l'administration provinciale sur les résultats obtenus au dispensaire de Bruges.

— Deux de nos collaborateurs sont au nombre des lauréats du concours de 1847-48 de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers. — Une médaille en vermeil a été décernée à M. le docteur Hégésippe Deval, d'Augustan, par un *Mémoire sur les blessures des yeux par armes à feu*. Le même prix a été accordé à M. le docteur Serapio Escolar, de Madrid, pour un travail sur les maladies des ouvriers employés dans les mines de mercure.

— Par divers arrêtés royaux en date du 12 août, sont nommés : médecin principal, le médecin de garnison Tallois; médecin de garnison, le médecin de régiment Merchie, du 2e d'artillerie; médecins de régiment, les médecins de bataillon de 1re classe, Fromont fils, et Buyltynk; médecins de bataillon de 1re classe, MM. Van den Abeele et Dawant, médecins de bataillon de 2e classe. MM. Detienne et Wacquez, médecins-adjoints, sont promus au grade de médecin de bataillon de 2e classe.

M. le médecin principal Tallois reste provisoirement attaché à l'inspection générale du service de santé. M. le médecin de garnison Merchie est désigné pour prendre la direction du service de santé de l'hôpital et de la garnison de Namur. M. Decaisne, médecin de régiment au 4e de ligne, passe au 4e d'artillerie; M. Pollénus, médecin de régiment au 3e chasseurs à pied, passe au 2e d'artillerie.



Petite correspondance.

Dr W... *at Manch*... — We cannot undertake to return your rejected communications.

Reçu un manuscrit de M. Gautier. (Sera inséré.)

Reçu les lettres et envois de MM. C. Deval (de Paris), Pétrequin (de Lyon), Apjaen (de New-Scottland).

Sommaire.

Imprimerie de F. Marchal, 96, rue de Ruysbroeck.

ANNALES
D'OCULISTIQUE
PUBLIÉES
Par le docteur FLORENT CUNIER.

Tome XX. — 4e série. Tome 2e. — 2e livraison.
31 AOUT 1848.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR UNE NOUVELLE VARIÉTÉ DE SYNCHISIS ÉTINCELANT.

Note recueillie dans le service et à la clinique de M. PÉTREQUIN, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon;

Par J. GAUTIER, élève des hôpitaux de Lyon.

On entend généralement par *synchisis*, le ramollissement du corps vitré, et l'on ajoute l'épithète d'*étincelant*, pour désigner un état pathologique tel que l'on voit briller dans l'intérieur de l'œil, un chatoiement ou espèce d'étincellement qui coïncide avec le même ramollissement du corps vitré. Les auteurs qui ont jusqu'à ce jour étudié cette maladie ont été en désaccord soit sur ses causes, soit sur le mécanisme des symptômes pathognomoniques qui la caractérisent, soit enfin sur les parties de l'œil dans lesquelles elle siége. Il a été donné à M. Pétrequin d'en voir une nouvelle variété, et il en a fait le sujet d'une leçon clinique, dont nous avons extraît le présent travail. Il s'agissait d'un homme qui, venu par hasard à l'hôpital quelques jours après avoir reçu sur la joue gauche un éclat de bois, se montra à M. Pétrequin. A la suite de cet accident, il avait ressenti de vives douleurs dans l'œil du même côté. Ayant prié qu'on l'examinât à la visite, il présenta une lésion particulière et rare. Soit, en effet, que l'on regardât cet œil en face ou de côté, on pouvait remarquer une foule de petits corpuscules brillants, se mouvant dans différents sens comme des paillettes. Cet homme avait reçu, il y a quatorze ans, un premier coup sur l'angle interne de l'œil gauche. Il s'aperçut qu'il perdait peu à peu la vue de ce côté, en même temps qu'elle allait aussi s'affaiblissant de l'autre. A dix-huit mois de là, l'œil gauche avait complétement perdu la vue. Un chirurgien de Lyon, consulté alors, reconnut une cataracte traumatique, qu'il ne jugea pas à propos d'opérer, parce que l'autre œil se portait fort bien. Comme les cataractes traumatiques sont ordinai-

rement capsulo-lenticulaires, il est à croire que celle-ci appartenait à cette espèce, et que, de plus, l'iris avait été pris. Cette question ne peut pas aujourd'hui se décider absolument; mais on peut se prononcer pour l'affirmative surtout si l'on observe avec M. Pétrequin qu'aujourd'hui encore l'on remarque des adhérences de l'iris avec les débris de la capsule du cristallin, qui reste apparente dans un point. Il y avait donc synéchie postérieure, tandis qu'au contraire la synéchie antérieure est formée par les adhérences de la partie antérieure de l'iris avec la partie postérieure de la cornée. De plus, on devait admettre aussi, comme nous le confirmerons plus bas, que sous l'influence de la cause traumatique il y avait d'autres désordres que l'inflammation. Ainsi la fluxion déterminée par elle serait compliquée d'amaurose.

L'œil resta dix-sept ans dans cette position, lorsqu'un jour, soit que de violents mouvements de la part du malade eussent ébranlé, détaché la capsule du cristallin, soit que par un travail de la nature le départ de ceux-ci se fût fait tout seul et de lui-même, un jour, dis-je, la femme du malade observa que la cataracte avait complétement disparu; mais la vue n'était pas revenue. Aujourd'hui, en effet, la pupille est nette, et l'on voit seulement à la partie inférieure de celle-ci un corps grisâtre que l'on peut considérer comme les débris de la capsule unis à l'iris. Cependant le malade, dis-je, ne recouvra pas la vue, ce qui indique l'existence d'une amaurose, comme il a été dit plus haut. — Comme la lésion dont nous parlons a toujours été observée à la suite des opérations de cataracte, devons-nous la rapporter au départ de la cataracte, et la faire remonter ainsi à dix-huit mois, ou devons-nous la rapporter à l'action de l'éclat de bois dont il a été parlé plus haut? Quelle que soit l'époque de son développement, l'œil était plutôt atrophié qu'hypertrophié; la cornée était parfaitement transparente; la chambre antérieure avait ses dimensions normales; l'iris était irrégulier, immobile, ne se contractant ni ne se dilatant, de plus, altéré dans ses bords et sa couleur; il présentait, outre les adhérences dont il a été parlé plus haut, un tremblement particulier très-manifeste pendant les mouvements du globe. Pour le fond de l'œil, il n'offrait pas la couleur noire ordinaire, mais il était terne, soit qu'il y eût altération de ses membranes profondes, soit que ce fût de ses milieux. Enfin, le phénomène important était que dans la partie antérieure on voyait se projeter, de bas en haut, une quantité considérable de petits corpuscules d'un aspect nacré, mais jaunâtres, à reflets mé-

talliques, divergents à partir du point de leur projection, et prenant assez bien l'aspect d'une gerbe miroitante, enfin retombant et disparaissant sans que l'on pût toujours les suivre dans leur chute. Ils étaient tout à fait bornés à la chambre antérieure. Aujourd'hui, 26 juillet, le phénomène a changé : ce sont des oscillations, des scintillations presque sur place. Si l'œil se meut, les corps se meuvènt aussi avec des mouvements irréguliers, et semblent former surtout des tourbillons autour de la pupille. Ces corps, comme nous venons de le dire, sont d'apparence jaunâtre et ressemblent assez bien à de la poudre d'or. Ils disparaissent à certains moments lorsqu'on les suit, ce qui montre bien qu'ils ne sont pas parfaitement opaques.

Si l'on passe en revue les écrivains qui se sont occupés de cette maladie, on rencontre en première ligne, selon l'ordre chronologique, Parfait-Landrau, qui vit dans le fond de l'œil d'un magistrat, auquel il avait dilaté la pupille avec la belladone, une série de petites étincelles ou de paillettes brillantes qui, en s'agitant, s'élevaient en foule dans les mouvements de l'œil, pour descendre ensuite vers le point déclive pendant le repos (1). Parfait-Landrau ajoute que cet homme voyait ce que les anciens appellent des imaginations, qu'il avait des illusions optiques, apercevait des mouches volantes d'un petit volume. Du reste, cet oculiste n'émet aucune théorie personnelle sur la production ou la cause de ce phénomène. Il dit seulement qu'il pense que son siége est dans le corps vitré.

M. Desmarres vint ensuite (2); ce fut lui qui donna à la maladie le nom qu'elle porte, nom qui peut faire préjuger sur les données anatomiques, lesquelles n'ont pas encore été déterminées. Il faut dire que dans la description, du reste bien juste, de Parfait-Landrau, il n'y a rien qui puisse faire préjuger un synchisis.

Enfin, M. Sichel, qui vient en troisième ligne (3), dit avoir montré à M. Desmarres un synchisis étincelant, pendant qu'il était son chef de clinique, synchisis que M. Desmarres ne doit pas avoir oublié ; aussi ce savant oculiste réclame-t-il la seconde place, déclarant que s'il ne l'a pas publié plus tôt, c'est qu'il attendait que de nouveaux cas vinssent confirmer les théories qu'il se posait sur ce point.

Laissant de côté les questions de la priorité, disons enfin que

(1) *Revue médicale*, 1828. Voir *Annales d'Oculistique*, vol. XV, p. 171.
(2) *Annales d'Oculistique*, vol. XIV, p. 220.
(3) *Ibid.*, vol. XV, p. 167.

M. Alphonse Robert a présenté, en 1847, un cas de synchisis étincelant à l'Académie des sciences de Paris (1). Ces synchisis offraient à peu près tous la même variété. M. Sichel, toutefois, a parlé d'un cas unique jusqu'ici par son espèce, et dans lequel on remarquait un flux et un reflux de paillettes brillantes, qui passaient de la chambre antérieure dans la postérieure et *vice versa*.

Les opinions de ces auteurs sur le siége précis du mal ne diffèrent pas moins. Nous avons vu l'opinion de Parfait-Landrau. M. Desmarres pense qu'il y a altération de l'humeur de Morgagni; mais dans ce cas, les paillettes ne se verraient-elles pas plus antérieurement qu'on ne les voit d'ordinaire? Notre propre observation n'est pas favorable à cette hypothèse. Les autres pensent que l'altération est dans le corps vitré; mais comment se produit cette altération? en vertu de quoi? Sur ce terrain la dissidence est plus grande que jamais.

M. Desmarres professe l'opinion que ce ne sont pas des paillettes libres et fluctuantes, mais que ce phénomène provient d'une disposition morbide de l'hyaloïde; que cette membrane, n'offrant plus un tout uni, poli, est couverte de saillies; que des points sont enfoncés, d'autres relevés; qu'elle offre des plans plus ou moins inclinés; qu'enfin certains points réfléchissant la lumière au lieu de la réfracter simplement, on a des reflets inégaux et isolés. M. Pétrequin pense pouvoir bien comparer la sensation produite dans ce cas à celle que l'on ressent en voyant les gazes à paillettes argentées ou dorées que l'on place sur certaines statues dans les églises, surtout lorsque ces gazes sont agitées. Mais dans ce cas on est obligé d'admettre l'opacité de l'hyaloïde, et rien pourtant qui puisse alors être comparé à cette opacité. N'aurait-on pas, en effet, si certains points de l'hyaloïde étaient opacifiés, n'aurait-on pas, dis-je, une altération plus ou moins considérable de la vue, ce qui n'a pas toujours lieu dans les cas cités par les auteurs? De plus, comment expliquer les mouvements de projection de ces corps qui semblent retomber suivant les lois de la pesanteur, le flux et le reflux dans le cas de M. Sichel? Enfin notre malade offre la plus incontestable de toutes les objections : comment expliquer, en effet, les paillettes qui chez lui, parfaitement indépendantes et isolées, n'existent exclusivement que dans la chambre antérieure?

M. Sichel a une théorie différente de celle de M. Desmarres; il pense que ce phénomène est dû à des débris de la membrane

1) *Gazette des hôpitaux*, 24 juillet 1847.

hyaloïde, assez opaques pour refléter la lumière, lesquels débris voltigent soit dans une chambre, soit dans l'autre, soit de l'une à l'autre. Mais on peut dire encore que dans ce cas la vue devrait être plus ou moins atteinte ou troublée, ce qui ne s'observait pas chez les malades dont ont parlé M. Desmarres et Parfait-Landrau; qu'enfin, à l'état de repos, ces corps tombant tous à la partie inférieure de l'œil devraient former un tout plus ou moins compacte, obstruant plus ou moins la vision en ce point.

M. Bouisson (de Montpellier), sans avoir jamais pu étudier cette question sur des sujets, préjuge que ce phénomène provient de la matière grasse de l'humeur aqueuse (1). M. Malgaigne avait affirmé que cette matière est de la cholestérine. M. Tavignot pense, lui, que ces paillettes sont dues à des parcelles du système cristallinien; il s'appuie sur ce que ce phénomène est toujours consécutif à une opération de cataracte (2). Mais chez notre malade, qui n'a subi aucune opération de cataracte, qui nous prouve que cette maladie provient du départ de la cataracte? Du reste, l'on fait tant d'opérations de cataracte après lesquelles l'on n'observe rien, que l'on est bien autorisé à demander à cette hypothèse de nouvelles preuves.

M. Stout, de New-York, a soumis la malade de M. Desmarres à l'action du microscope, et, dans un travail fort bien fait, il admet que ces paillettes sont de petits corpuscules d'un poids notable, qui retombent, suivant l'action de la pesanteur, en bas dans la station debout, et en arrière dans le décubitus dorsal (3). Il admet que ces corps sont cristallins et transparents, qu'ils n'augmentent pas la myodepsie, qu'enfin leur scintillement est dû à ce que, agissant comme de petits prismes, ils reflètent la lumière en la décomposant. D'après lui, les rayons bleus et jaunes sont prédominants. Voilà bien, sans doute, des données reposant sur une étude intelligente et consciencieuse, qui semble offrir toutes les chances de vérité; mais il faut laisser au temps de trancher la question. Nous avons déjà dit que notre malade offrait une particularité qui n'a jamais été décrite, c'est le mouvement des paillettes uniquement dans la chambre antérieure. M. Pétrequin pense que dans ce cas la maladie siége dans l'humeur aqueuse. S'il se faisait en effet un transport de corpuscules d'une chambre à l'autre, il serait visible comme il l'était dans le cas cité par M. Sichel; et dans celui que nous citons,

(1) *Annales d'Oculistique*, vol. XVIII, p. 27.
(2) *Ibid.*, p. 27.
(3) *Ibid.*, vol. XVI, p. 74.

M. Pétrequin, ni les nombreux médecins auxquels il a présenté le malade, n'ont rien pu constater de semblable. Ce chirurgien pense, avec M. Bouisson, qu'il dépend de la formation isolée d'une matière grasse provenant peut-être de l'humeur aqueuse; il la considère comme le produit pathologique d'un travail d'inflammation chronique. C'est pour deux motifs qu'il a engagé le malade à se rendre à l'hôpital, savoir : 1° pour faire voir un cas rare et intéressant d'ophthalmologie aux élèves et aux médecins qui suivent sa visite et son cours de clinique; 2° pour traiter et guérir l'ophthalmie chronique qui tourmentait le malade. Le traitement a permis d'atteindre ce double but, et le résultat a été complet. Voici l'observation clinique recueillie jour par jour dans ses principaux détails :

Obs. — *Phénomènes successifs d'amblyopie traumatique, puis de cataracte capsulo-lenticulaire traumatique. — Plus tard disparition spontanée de la cataracte. — Enfin synchisis étincelant borné à la chambre antérieure.* — Le 19 juin 1848, le nommé A. Achard, ex-teinturier et actuellement revendeur de gages, demeurant au faubourg de Brenes, près Lyon, n° 39, étant venu voir à l'hôtel-Dieu, salle des Opérés, son frère qui s'y trouvait couché pour une fracture de l'humérus, se présenta à la visite de M. Pétrequin, chirurgien-major. Quinze jours auparavant, cet homme, fendant du bois, avait été vivement frappé par un rondin de chêne à la joue gauche et sur la paroi externe de l'œil; il ressentit en ce moment une vive douleur qui se localisa non-seulement dans l'œil, mais encore dans les parties environnantes; et jusqu'à ce jour il avait continué à ressentir, mais moins vivement, cette douleur. L'on put remarquer alors dans cet œil les phénomènes suivants : Toutes les parties de cet organe paraissent saines, seulement la pupille est un peu déformée en haut et en bas surtout, où l'on voit de petites brides grisâtres. Mais la chambre antérieure offre un phénomène particulier : de la partie inférieure de cette chambre s'élèvent sans cesse une infinité de petits corpuscules brillants comme de la poudre d'or, et qui tournent sur eux-mêmes, présentant tantôt une face brillante, tantôt une face opaque, Arrivés à la partie supérieure, ces corpuscules se perdent et disparaissent, comme pour faire place à ceux sans nombre qui les suivent. Ils ne semblent pas sortir de la chambre antérieure; leur mouvement est incessant et plus précipité, surtout lorsque le malade a fermé quelque temps les yeux; enfin l'iris est agité d'un mouvement incessant d'avant en arrière, absolument semblable à celui que l'on remarque dans le synchisis pur. Voici pour les phénomènes subjectifs : Le malade, interrogé sur ses antécédents et sur ce qu'il ressent actuellement, nous raconte ce qui suit : âgé de 48 ans, il a eu jusqu'à l'âge de 32, les yeux parfaitement sains; mais à cette époque il reçut au côté externe de l'œil gauche un coup de crochet à transporter les ballots. Le malade croit que l'œil ne fut pas lui-même attaqué, mais seulement les parties environnantes. A partir de ce moment, la vue fut continuellement en s'affaiblissant dans cet œil, et 18 mois après il l'avait complétement perdue. Il fut alors consulter M. Gensoul, qui reconnut une cataracte bien formée, mais qui, voyant l'œil droit sain, ne jugea pas à propos d'opérer. Le malade resta 12 ans et demi

dans cette position; mais il y a 18 mois à peu près que, sans causes connues, l'opacité grisâtre du cristallin disparut pour faire place à la pupille sus-décrite; pourtant le malade ne récupéra nullement la vue. Enfin, il y a quinze jours qu'il fut atteint par l'éclat de bois dont nous avons parlé. Le malade ajoute que les vives douleurs qu'il ressentit en ce moment ont continué jusqu'à ce jour, que leur caractère principal est d'être brûlantes, qu'elles siégent surtout dans l'œil gauche et cette même partie de la tête. Il ouvrait parfaitement l'œil auparavant, mais actuellement la lumière vive le fatigue beaucoup; de plus, depuis cette époque il se sent toujours lourd et compare son état à celui d'un homme ivre. Sur les conseils de M. Pétrequin, le malade se décida à rester quelques jours à l'hôpital, où il fut couché même salle des Opérés, n° 5. Ce n'était pas que ce chirurgien prétendît guérir la maladie qu'il désignait sous le nom de synchisis étincelant, mais il espérait tout au moins faire diminuer la vive inflammation fixée sur cet organe. Du reste, si l'on considère les différents états morbides par lesquels a passé cet œil, si l'on songe que depuis le développement de la cataracte il s'était toujours trouvé fatigué; que ce malade, il y a quelques années, s'étant, ayant chaud, lavé les yeux avec les eaux froides du Rhône, avait contracté une vive ophthalmie qui l'avait retenu trente jours au lit sans qu'il pût supporter la lumière, on conviendra que si l'on avait affaire à une ophthalmie aiguë, elle était entée sur un état inflammatoire chronique de cet organe. Quant à l'œil droit, ses fonctions étaient moins parfaites qu'autrefois : il avait toujours conservé une sensibilité plus vive depuis l'ophthalmie dont nous venons de parler.

Le 20 *juin*. Sangsues derrière l'oreille et première purgation le lendemain.

Le 21 *juin*. Le malade annonce que son état d'assoupissement a considérablement diminué, ainsi que les douleurs de tête et celles fixées dans l'œil. — Nouvelle purgation, la première ayant eu peu d'effet.

Le 22 *juin*. Vésicatoire à la nuque, orge nitrée en tisane; une pilule de Plummer par jour. La seconde purgation a fortement agi.

Le 24 *juin*. Le vésicatoire donne abondamment, mais le malade se plaint que depuis son application il éprouve sans cesse des tiraillements dans les deux yeux, la nuit surtout. De plus, l'œil est plus sensible à l'action de la lumière.

Le 26 *juin*. La tête est de plus en plus libre, l'état général continue aussi à s'amender ; l'œil présente aujourd'hui les phénomènes suivants : Les paillettes d'or n'ont plus le mouvement d'ascension que l'on remarquait le premier jour, elles semblent s'être fixées surtout au centre de la chambre antérieure, et là, comme des corps extrêmement mobiles, elles s'agitent sur elles-mêmes lorsque le malade ouvre tout à coup les yeux, ou exécute un mouvement prononcé de rotation autour de la pupille comme par le passé; elles sont tantôt plus, tantôt moins brillantes; on pourrait parfaitement les comparer à des cristaux de cholestérine. Le malade tient-il quelque temps les yeux fixes, les mouvements d'oscillation cessent, pour reprendre dès que le malade laisse mouvoir ses yeux ou les ouvre brusquement. L'iris éprouve toujours ses mouvements de fluctuation. — Tisane d'orge nitrée et de veau avec 12 grammes de crème de tartre.

Le 29 *juin*. Purgation avec 12 grammes de tartre stibié; tisane de veau; mouche à l'apophyse mastoïde.

Le 2 *juillet*. Nouvelle purgation avec crème de tartre et tisane de veau.

Le 4 juillet. La mouche donne abondamment. On peut aujourd'hui noter une amélioration soit du côté de l'œil, soit du côté de la tête; moins de sensibilité dans l'un et de douleurs dans l'autre; au lieu de la sensation noire habituelle à l'œil malade, celui-ci a la sensation bleue. Frictions au-dessus de la voûte sus-orbitaire gauche avec onguent mercuriel et extrait de belladone.

Le 6 juillet. Aujourd'hui nouveau phénomène: c'est, à la partie inférieure de la première chambre, un dépôt de paillettes; les autres ne s'agitent plus que sur elles-mêmes. Lotions avec décoction de sureau, de mauve et de pavot; à cause de la démangeaison du corps, grand bain.

Le 10 juillet. Le malade a continué ses frictions, mais les gencives ont été quelque peu attaquées; gargarisme avec orge nitrée, 25 grammes, alumine, 5 grammes.

Le 11 juillet. On cesse l'usage des pilules de Plummer. — Rien de particulier.

Le 12 juillet. Disparition du dépôt des paillettes. Le malade dit ne plus ressentir ni irritation, ni congestion à l'œil. Grand bain.

Le 15 juillet. Départ du malade. L'état des paillettes n'a pas éprouvé d'amélioration, seulement elles sont moins nombreuses, comme au 26 juin. Les mouvements de tremblement et de fluctuation de l'iris sont exactement les mêmes, mais la sensibilité de l'œil est considérablement moindre. Le malade sait parfaitement supporter le grand jour. Les vives douleurs de l'œil, ainsi que celles de la tête, ont complétement disparu. En somme, content et satisfait, le malade demande son départ. Il n'est pas guéri du synchisis, mais le but que l'on se proposait est atteint.

Ainsi ce cas constitue une variété nouvelle de synchisis étincelant, borné à la chambre antérieure. Tous les phénomènes sus-mentionnés ont été parfaitement constatés. M. Pétrequin s'est plu à les faire observer non-seulement aux élèves de sa clinique, mais encore aux médecins étrangers ou à ceux de Lyon qui ont visité l'hôpital pendant le séjour du malade, nommément à MM. les docteurs Desgranges, Vernay, Foltz, Rambaud, Girin, Greppo, Millon aîné, Ponnet, et à MM. Fenne, Carmouche (chirurgiens de l'armée), etc., etc.

DES PRINCIPES RATIONNELS ET DES LIMITES DE LA CURABILITÉ DES CATARACTES SANS OPÉRATION ;

Par le docteur SICHEL (*).

L'idée de guérir la cataracte sans opération est presque aussi ancienne que la médecine. Les ouvrages des Grecs et des Romains; de-

(*) Ce travail est extrait du *Bulletin général de Thérapeutique*. Nous le reproduisons en entier à cause de son importance, et nous formons des vœux pour que notre exemple soit imité par nos collègues de la presse médicale. Les erreurs au sujet de la curabilité des cataractes sans opération sont encore si répandues et si audacieusement exploitées par le charlatanisme, qu'on ne saurait donner une trop large publicité à un mémoire qui expose, comme celui de M. Sichel, d'une manière claire et précise, l'état actuel de la question.

La Rédaction des Annales d'Oculistique.

puis, Celse et les volumineuses productions du moyen âge, fourmillent de formules médicales contre la cataracte, dont le nombre même, ainsi que l'oubli dans lequel elles sont toutes tombées, attestent l'impuissance. De nos jours, les méthodes opératoires de la cataracte sont devenues plus sûres et les succès de l'opération plus nombreux. Il a dû nécessairement en résulter que les moyens pharmaceutiques, si vantés pour la guérison, ont peu à peu été discrédités et dépossédés de leurs vertus préconisées depuis tant de siècles. Aujourd'hui tous les médecins expérimentés et de bonne foi sont d'accord pour regarder comme un fait exceptionnel la guérison sans opération de la véritable cataracte lenticulaire, c'est-à-dire de l'espèce de cataracte qui forme la grande majorité des cas de cette maladie, et pour abandonner les tentatives de traitement non chirurgical au charlatanisme, qui l'exploite largement, sans y rien apporter de nouveau. Les germes de toutes les méthodes ou procédés de traitement de la cataracte sans opération se trouvent, soit dans les ouvrages des anciens, soit dans les traités modernes d'ophthalmologie. L'ustion syncipitale, tant prônée et employée si exclusivement et si témérairement par l'empirisme, n'a-t-elle pas été appliquée aux maladies oculaires par Hippocrate, et employée, d'après des règles minutieuses, par les Arabes? Il en est de même des autres moyens recommandés, dont aucun n'a rien de neuf, ni rien qui résiste à un examen impartial et approfondi. De temps à autre, quelques faits isolés, presque toujours incomplétement rapportés et mal interprétés, sont mis en avant par des hommes d'ailleurs irréprochables, mais évidemment incompétents, et peuvent servir à égarer l'opinion publique. C'est ce qui rend nécessaire de revenir, à de certaines époques, sur ce point de thérapeutique. Nous essayerons aujourd'hui d'exposer en peu de mots l'état actuel de cette question importante. Nous nous appuierons non-seulement sur des milliers de cataractes, que nous avons observées, sur des essais rationnels et empiriques faits par nous-même avec les moyens les plus accrédités, mais encore sur l'opinion et l'expérience des ophthalmologistes les plus célèbres de notre siècle.

Une circonstance surtout facilite l'abus scandaleux qu'un charlatanisme éhonté fait journellement de la crédulité des malades : c'est la grande latitude qu'on a assignée au mot de cataracte, et le diagnostic peu précis de l'espèce particulière de cette maladie dans chaque cas que l'on rapporte comme guéri sans opération. Cela tient notamment à ce que les guérisseurs de cataractes de profession

sont généralement des ophthalmologistes peu instruits, visant uniquement à leurs avantages particuliers, et tenant secrets les moyens spéciaux qu'ils prétendent employer; de cette manière ils échappent à toute vérification de leurs assertions. Si ces gens-là se vantent de tant de succès, et en comptent en apparence un certain nombre, cela s'explique d'une manière très-naturelle. D'abord ils emploient les moyens palliatifs capables d'amender passagèrement la vision, tels que la belladone, la jusquiame et les autres narcotiques qui dilatent la pupille. Cela seul donne des succès en nombre notable, mais fort transitoires; j'ai souvent pu me convaincre de ce fait dans de prétendues améliorations de la faculté visuelle sur des cataractés. Ensuite, l'artifice des guérisseurs consiste à proclamer cataractes des affections curables qui y ressemblent, de près ou de loin, mais qui ne sont pas en réalité des opacités cristalliniennes, puis de les attaquer par les moyens usuels connus de tout le monde. En élargissant ainsi indéfiniment le cadre de la maladie qu'ils assurent guérir, ils ont beau jeu vis-à-vis de ceux qui, par manque de connaissances ophthalmologiques solides, par inattention ou par l'absence d'un intérêt scientifique, ne contrôlent point les assertions et les prétentions de cette classe de dangereux charlatans. Les principales maladies que la mauvaise foi, l'ignorance, ou seulement un diagnostic inexact, peuvent faire confondre avec des cataractes, sont les suivantes : des opacités superficielles, inflammatoires, ou chroniques et déjà organisées de la cornée; des inflammations de la capsule antérieure (cristalloïdites), des amblyopies simples ou compliquées du reflet du noyau cristallinien jaunâtre promené sur le fond de l'œil; d'autres amblyopies commençantes, accompagnées d'un peu de trouble dans la profondeur du globe, dû à la turgescence vasculaire des membranes internes.

Une foule d'autres maladies encore, fort curables de l'avis de tous les médecins, sont proclamées des cataractes par ceux dont la réputation, ainsi que la fortune, est attachée à cette branche particulière de l'industrialisme médical. Les ophthalmologistes instruits et probes ont souvent même à se défendre contre l'erreur de ceux qui, donnant le nom de cataracte à des affections qui ne le méritent aucunement, sont disposés à leur faire une réputation de guérisseurs de cataractes sans opération. C'est ainsi que, personnellement, j'ai eu fort à faire dans beaucoup de cas pour décliner l'honneur de la guérison de cette affection, lorsque, en effet, je n'avais dissipé que des kératites, des taies de la cornée, des cristalloïdites, etc. Il im-

porte donc, avant tout, de préciser les espèces de cette maladie qui peuvent rationnellement et effectivement guérir sans opération. Ces espèces sont les suivantes :

1° Les cristalloïdites actuelles, aiguës et subaiguës, qui forment la grande majorité dans les cas de guérison réelle obtenue par le charlatanisme. Elles ne devraient pas, en réalité, figurer parmi les cataractes. Toutefois, à cause de leur fréquence, et puisque, à la rigueur, on peut les regarder comme des cataractes capsulaires inflammatoires, partielles ou complètes, il est permis, dans certaines limites, de les maintenir ici.

On distingue, en général, assez facilement la cristalloïdite de la cataracte lenticulaire, aux symptômes suivants, qui sont les principaux :

Au début, la pupille se trouble et se remplit d'une espèce de fumée à laquelle succède peu à peu une opacité d'une teinte gris blanchâtre, mêlée souvent d'un peu de bleu et quelquefois d'un peu de jaune. L'opacité est d'ordinaire inégalement distribuée, formée de stries, de bandes, de plaques ou de points. Elle est plus rapprochée du plan de l'iris que dans les cataractes lenticulaires; elle commence fréquemment auprès du bord pupillaire sous forme de bandelettes semi-lunaires ou linéaires. L'exsudation de fibro-albumine à la surface antérieure de la membrane séreuse donne bientôt lieu à des adhérences entre elle et la face postérieure de l'iris, par suite desquelles la pupille, lorsqu'on la dilate par l'action d'une solution narcotique, prend une forme irrégulière et sinueuse.

Quant aux autres caractères, au diagnostic et au traitement de la cristalloïdite, nous renvoyons à notre *Traité de l'Ophthalmie*, etc., p. 96 et suivantes, où nous avons exposé tous les symptômes capables de faire distinguer cette maladie de la cataracte lenticulaire, et même de la cataracte capsulaire pure et simple, c'est-à-dire non inflammatoire. En sa qualité de phlegmasie exsudative, la cristalloïdite est éminemment accessible à l'action de l'appareil antiphlogistique et antiplastique, et il est rare de la voir résister, dans la première période de son existence, à l'emploi des moyens pharmaceutiques bien choisis et dirigés avec intelligence et persévérance. Le nombre de cristalloïdites guéries par nous ou par d'autres praticiens rationnels est immense; mais pour peu qu'on soit probe, logique, et vraiment versé dans l'étude des maladies oculaires, on ne saurait les inscrire sans restriction, comme le font les empiriques, parmi les guérisons sans opération de cataractes véritables.

2° La cataracte lenticulaire, facile à distinguer de la cristalloïdite par la teinte mate, l'uniformité de l'opacité, son plus grand éloignement de la pupille, l'absence des symptômes inflammatoires, etc., ne peut figurer ici qu'exceptionnellement. Elle survient après l'âge de quarante ans, sans cause connue, et ne cède à aucun traitement pharmaceutique. Dans un grand nombre de cas, elle s'arrête spontanément pendant un temps plus ou moins long; plus rarement encore elle rétrograde. L'une et l'autre terminaisons ont lieu plus souvent sans l'emploi d'aucun médicament qu'après un traitement. Par conséquent, cette même terminaison, après l'usage d'une méthode thérapeutique quelconque, doit être attribuée à la marche naturelle de la maladie et aux seuls efforts de la nature, et non pas aux substances médicamenteuses employées.

Une seule exception a lieu : c'est lorsque la cataracte, encore incomplète, est compliquée d'un travail spécial pathologique, tel que la syphilis, la goutte, le rhumatisme, une affection impétigineuse. Dans ce cas, des moyens appropriés, opposés à la maladie spéciale, peuvent quelquefois arrêter ou faire rétrograder l'opacité cristallinienne; néanmoins, je dois dire que ce fait signalé par les auteurs comme fréquent et relatif même aux cataractes lenticulaires complètes, d'après mon expérience, est excessivement rare, sinon problématique. Je soupçonne fortement que, dans la majorité des cas, il y a eu confusion, soit avec des cristalloïdites, soit avec des cataractes capsulaires encore accompagnées de phlegmasie chronique de la cristalloïde.

3° Cette dernière catégorie, à savoir, la cataracte capsulaire commençante, ayant encore dans son cortége un certain degré d'inflammation de la capsule du cristallin, maladie qu'on peut aussi définir comme la transition entre la cristalloïdite et la cataracte capsulaire, constitue un des cas les plus fréquents. Ici, le traitement antiphlogistique dérivatif et l'emploi externe et interne des mercuriaux et des antimoniaux à doses altérantes, des préparations iodurées, etc., peuvent produire des guérisons et des améliorations nombreuses,

4° La cataracte traumatique, lorsque l'inflammation de la capsule cristallinienne n'a produit ni son opacification complète, ni la coalescence des lèvres de la plaie, peut se dissiper en entier, soit par la résorption, soit par l'abaissement partiel ou total du cristallin et par la rétraction de sa capsule derrière la marge pupillaire de l'iris, Le traitement antiphlogistique, en empêchant le développement

de la phlegmasie, l'exsudation de fibro-albumine, la perte de la transparence de la membrane séreuse et la soudure de ses lambeaux, peut, dans la plupart des cas, assurer la terminaison favorable.

5° Enfin, un certain nombre de cataractes lenticulaires peuvent guérir par leur abaissement spontané et non traumatique, terminaison dont j'ai fait le sujet d'un mémoire spécial et détaillé (1). Quand de pareils cas tombent dans le domaine des charlatans, ils les exploitent habilement comme des guérisons obtenues par leur médication.

En dehors des catégories que nous venons d'établir, il n'existe rien de positif, rien de vrai. Dès qu'on examine de près et qu'on analyse sévèrement les résultats miraculeux rapportés par les empiriques, le prestige disparaît. Nous avons suivi attentivement pendant des années la pratique de ces hommes; nous leur avons adressé des malades, en tenant note exacte de l'état antérieur et postérieur au traitement. Pour tout résultat, nous avons vu de rares améliorations de l'état de la vue, tenant à la disparition de complications inflammatoires, amblyopiques, par l'emploi de moyens que tout praticien connaît; d'autres fois des amendements de la vision coïncidant avec la dilatation de la pupille par un narcotique mydriatique, sans diminution réelle de l'opacité; le plus ordinairement, des cataractes plus avancées ou complètes, et exigeant l'opération, des yeux fatigués, injectés, enflammés par l'usage de topiques irrationnels, des congestions et des phlegmasies cérébro-oculaires, souvent dangereuses, développées ou augmentées par la vésication ou l'ustion syncipitales; des discussions devant les tribunaux, pour payement d'honoraires convenus d'avance et refusés par les malades, à cause du résultat, selon eux, absolument négatif et constaté tel, plus d'une fois, par mon examen. Pour d'autres résultats positifs, je n'en ai jamais pu constater aucun. C'est ainsi que feu Sanson ouvrit ses salles à l'Hôtel-Dieu à un de ces empiriques, pour y soumettre à des expériences sa prétendue méthode de la guérison des cataractes sans opération. Il nous invita, M. Carron du Villards et moi, à assister à ces essais et à les contrôler avec lui. L'individu en question, qui a largement usé et abusé de la publicité pour préconiser sa pratique dans les cata-

(1) Oppenheim's *Zeitschrift für die gesammte Medicin*. Octobre et novembre 1846. — Voir l'analyse de ce mémoire, par M. Binard, dans les *Annales d'Oculistique*, vol. XVIII, p. 127.

ractes lenticulaires et autres, commençantes et avancées, avait même rapporté des exemples de guérison de cataractes complètes et de glaucômes. Or, toutes les fois que cet homme offrait de guérir telle et telle affection oculaire, déclarée cataracte par lui, nous trouvâmes soit une cristalloïdite, soit une congestion oculaire interne, soit un reflet parcutilier du cristallin transparent, soit une amblyopie simple ou compliquée de ce reflet, et nous refusâmes tout naturellement l'essai proposé, comme ne pouvant être concluant. Toutes les fois, au contraire, qu'une cataracte lenticulaire réelle, même à peine commençante, mais d'un diagnostic positif, fut désignée par nous comme devant servir à une expérience, l'homme aux miracles la trouvait trop avancée. Il finit par se retirer entièrement, sans avoir tenté aucun essai. *Ab uno disce omnes.*

D'après ce qui précède, nous maintenons tout ce que nous avons dit, il y a onze ans, sur la guérison de la cataracte sans opération, dans notre *Traité de l'Ophthalmie,* p. 524 à 526. Notre expérience personnelle des onze dernières années, et les bons ouvrages publiés dans le même laps de temps, ne nous ont rien appris, ni rien fait changer dans nos opinions ; comme en 1837, nous répétons : « Après des recherches » consciencieuses, nous sommes en droit d'accuser de mensonge » ceux qui prétendent guérir les cataractes séniles par des remèdes » pharmaceutiques. » Aussi ne saurions-nous mieux terminer cet article qu'en reproduisant textuellement ce qui a été dit sur ce sujet par M. Furnari (*Traité des Maladies des yeux*, p. 247) en 1841, et en transcrivant son énergique protestation contre le mensonge et le charlatanisme, protestation qui n'a rien perdu aujourd'hui de sa vérité et de sa valeur :

« Jusqu'à ce jour, tout moyen médical a échoué contre la cataracte complète ; » à peine a-t-on pu, par des traitements violents et souvent douloureux, retarder la marche de la maladie. Qui le croirait cependant ? il est des hommes » qui spéculent encore sur la crédulité publique pour annoncer qu'ils guérissent la cataracte *sans opération,* quoique l'expérience journalière et le témoignage des bons chirurgiens, s'inscrivent constamment en faux contre une » si honteuse mystification. La cause en est que le mot opération effraye toujours, lors même qu'il s'agit des moins douloureuses ; on n'y a recours que lorsque l'on a épuisé toutes les promesses des charlatans. Ceux-ci, pour la plupart, se bornent à instiller dans l'œil cataracté quelques gouttes d'extrait de » belladone ; à l'aide de ce moyen, le champ de la pupille devenant plus ample, » le malade y voit un peu mieux, sa joie est extrême, et il s'empresse alors de » célébrer les louanges de cette méthode ; mais, hélas ! dès l'instant que l'on

» cesse l'usage du fluide dilatateur, la pupille revient sur elle-même, et le
» malade s'aperçoit, mais trop tard, qu'il a été la victime du charlatanisme et
» du mensonge. »

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'OPHTHALMIE DE L'ARMÉE;

Par le docteur F. HAIRION,

Médecin de bataillon de 1re classe, professeur d'ophthalmologie à l'Université catholique de Louvain.

(*Suite, voir la livraison du 31 juillet*, p. 17.)

III. *Salles des granulés.*

Ces salles, établies dans les casernes, ne sont ordinairement ni assez vastes, ni assez activement surveillées pour que l'on parvienne à empêcher les soldats atteints de granulations d'avoir des contacts nombreux avec les hommes sains. Aussi est-il vrai de dire que les militaires d'une même caserne, granulés ou non granulés, communiquent à chaque instant entre eux.

Cependant, les faits que j'ai cités plus haut, et beaucoup d'autres qui sont aujourd'hui du domaine de la science, ne sauraient laisser le moindre doute sur la propriété contagieuse de l'ophthalmie de l'armée : ces faits démontrent à l'évidence que cette maladie, de même que la dyssenterie, le typhus et les autres affections analogues, se propage d'individu à individu par l'intermédiaire de l'air chargé du principe contagieux. Pourquoi donc n'a-t-on jamais songé à isoler sérieusement ces ophthalmiques, de même que les hommes atteints d'autres maladies infectieuses? Pourquoi aucune voix ne s'est-elle élevée pour condamner ce qui se pratique depuis huit ans dans nos salles de granulés et au milieu de nos casernes?

Je le répète, ces salles, telles qu'elles existent aujourd'hui, forment des foyers permanents de contagion, en fournissant sans cesse des éléments nouveaux à la propagation de la maladie.

Il est aussi de nombreux granulés pour lesquels ces locaux ne conviennent pas. Les circulaires du 24 mars et du 16 mai 1840 destinent ces salles exclusivement au traitement des hommes atteints de granulations palpébrales, et *aucune ophthalmie proprement dite* ne peut y être. Tous ceux par conséquent dont les yeux réclament d'autres soins, ceux dont l'inflammation des conjonctives menace de passer à l'état purulent, ou de se compliquer de kératite, de choroïdite, d'iritis, etc., doivent être dirigés sur les hôpitaux. Dans ces divers cas, en effet, les gra-

nulations deviennent des affections tout à fait secondaires, et qui, pour le moment du moins, ne réclament plus que très-exceptionnellement l'attention du médecin, dont les soins doivent avoir pour but d'éloigner au plus tôt le phénomène morbide le plus grave. Et certes le médecin ne saurait traiter à la caserne les granulés de cette catégorie. La surveillance incessante, le régime, le repos, une température uniforme, l'isolement, en un mot, la combinaison des moyens hygiéniques et thérapeutiques que l'on trouve dans les hôpitaux, sont ici de première nécessité.

Mais ces conditions hygiéniques et cette surveillance plus complète que l'on réclame dans ces cas graves, je les crois nécessaires dans tous les cas de granulations indistinctement. Tous mes collègues militaires ont pu remarquer qu'il y a, sous le rapport de la durée du traitement et du pronostic en général de la maladie, une distinction importante à établir entre l'état granulé simple et celui qui se complique de l'inflammation de quelque autre partie de l'œil; les granulations présentent souvent dans ce dernier cas une opiniâtreté désespérante. Le médecin a donc le plus grand intérêt à prévenir toute complication; et comment atteindre ce but, s'il ne peut placer ses malades dans les conditions hygiéniques que réclame leur état? N'a-t-il pas souvent eu à déplorer son impuissance à cet égard? Ne lui est-il pas fréquemment arrivé de voir les granulations les plus simples se compliquer promptement d'affections graves, dues aux mauvaises conditions hygiéniques auxquelles les malades sont exposés dans ces salles?

Un fait sur lequel on n'a pas suffisamment insisté jusqu'ici, c'est que les cas où l'ophthalmie de l'armée offre primitivement de la gravité sont aujourd'hui très-rares. La maladie est bénigne à son début; le danger ne survient que postérieurement. Nous verrons plus loin la part qui revient dans ce résultat aux moyens mis en usage pour combattre la maladie. Constatons pour le moment que l'existence des salles des granulés, à l'intérieur des casernes, n'est pas étrangère à la gravité qu'elle revêt parfois.

Ces réflexions me paraissent de nature à démontrer l'urgence de donner à ces locaux une nouvelle organisation.

Deux voies se présentent pour y arriver, selon qu'on voudra en faire des établissements exclusivement destinés au traitement des granulés de l'armée, ou les ériger en salles d'instruction.

Dans le premier cas, on les remplacerait par des établissements analogues aux infirmeries régimentaires. Chaque garnison aurait

son local particulier, qui serait placé, comme l'hôpital militaire, sous la direction du médecin en chef de la garnison; chaque médecin des corps y traiterait ses granulés. Ces locaux seraient assez vastes pour suffire à toutes les éventualités; ils seraient situés autant que possible sur un terrain sec et élevé, et entourés de jardins qui permettraient aux malades de se livrer à la promenade et à des exercices gymnastiques; on y entretiendrait la salubrité des chambres par un espacement et une ventilation convenables, et, dans certains cas, par des fumigations de chlore.

Des établissements semblables donneraient toutes les garanties désirables : les malades y seraient convenablement soignés; les médecins pourraient compter avec plus de garantie sur l'administration exacte des remèdes, et partant, sur leur efficacité; les hommes sains ne courraient plus les chances de s'infecter au contact du foyer permanent de contagion que forment aujourd'hui les granulés; enfin, l'autorité elle-même pourrait exercer une surveillance plus efficace et juger comparativement, par les succès obtenus, les différents modes de traitement employés.

Quoi qu'il en soit des avantages réels, incontestables, qu'amèneraient ces changements dans les salles des granulés, je pense qu'il serait plus avantageux encore de les remplacer par des dépôts généraux placés dans les quatre villes universitaires, et organisés de manière à devenir en même temps des sources d'instruction pour les médecins militaires et pour les élèves des universités.

En effet, l'ophthalmie granuleuse n'est plus, comme autrefois, une maladie bornée presque exclusivement à l'armée; aujourd'hui, elle règne également dans les populations civiles, elle y exerce de grands ravages, et si des mesures préventives ne sont pas prises, je crains qu'elle ne prépare aux administrations communales et provinciales, et au gouvernement lui-même, de graves embarras. On sait en outre que le traitement de cette maladie exige des connaissances spéciales qu'on ne trouve pas généralement chez les praticiens civils, et auxquelles même les jeunes médecins sortant des universités sont aussi bien souvent étrangers. En présence de ces faits, la sollicitude du gouvernement, en ce qui concerne les mesures réclamées contre l'ophthalmie granuleuse, ne saurait plus désormais se borner à l'armée, il faut nécessairement qu'elle s'étende aux populations; ce sont celles-ci qui un jour réimporteront dans l'armée ce fléau dont elle se sera si laborieusement débarrassée. Je crois que les établissements dont je viens de parler seraient appelés,

sous ce rapport, à rendre d'immenses services. On mettrait à la tête de ces dépôts des praticiens expérimentés. On y détacherait les jeunes médecins, autant pour venir en aide aux premiers dans la surveillance de l'établissement, que pour leur instruction personnelle. Une ou deux fois par semaine, on y admettrait les élèves de l'université, et ce jour-là le médecin directeur ferait l'application des remèdes et traiterait successivement, s'il le jugeait bon, les différentes questions qui se rattachent à la thérapeutique de l'ophthalmie contagieuse.

Je pense aussi que pour rendre cette mesure efficace, et pour qu'elle atteigne le double but que je viens d'indiquer, il faut que la fréquentation des dépôts d'ophthalmiques par les élèves des universités soit réelle; il faut que l'ophthalmologie soit non-seulement une branche obligatoire des études, mais qu'elle fasse partie du programme des examens. De cette manière, on les verrait mettre à profit les diverses sources d'instruction ophthalmologique que les universités présentent, et qui seraient complétées par les dépôts des granulés. J'appelle toute l'attention du gouvernement sur cette mesure (1).

IV. *Des accidents provenant du mode de traitement généralement adopté contre l'ophthalmie de l'armée.*

Ces accidents sont plus nombreux qu'on ne le pense généralement. Ils trouvent leur cause dans la cautérisation et l'excision de la conjonctive, l'emploi inopportun des collyres, l'usage de topiques émollients, etc., etc.

1. *Accidents provenant de la cautérisation.*— Ils sont immédiats ou consécutifs. L'accident immédiat le plus grave est la cautérisation du miroir de l'œil : légère, elle n'en atteint que les lames superficielles; profonde, elle peut le détruire dans toute son épaisseur. Dans le premier cas, il en résulte des taches plus ou moins opaques, indélébiles, et ordinairement circonscrites par un liséré plus opaque qui indique les limites de la portion détruite; dans le second

(1) Voici comment s'exprime à ce sujet M. le docteur Cunier, à la page 310 de son *Rapport* à M. le gouverneur du Brabant : « M. le ministre de l'intérieur » interviendrait efficacement en recommandant cet objet (l'étude des granulations palpébrales) à l'attention des professeurs de clinique chirurgicale et » d'ophthalmologie dans les Universités de l'État, et en engageant les membres » du jury d'examen pour le doctorat à n'admettre que des élèves familiarisés » avec la pratique de la cautérisation. »

cas, on voit naître la propulsion de la cornée, le staphylôme partiel ou général, la phthisie de l'œil, etc.

Les accidents consécutifs sont plus nombreux et plus fréquents. Ils ont leur source dans la cautérisation trop profonde, ou inégalement pratiquée, ou trop souvent répétée.

A. Les cautérisations profondes de la conjonctive sont suivies de la formation de brides et de cicatrices qui sont le point de départ d'accidents divers. Tantôt ces altérations donnent lieu au renversement des paupières en dedans (*entropion*); d'autres fois elles entretiennent dans la conjonctive des engorgements chroniques opiniâtres et qui deviennent l'origine d'incessantes récidives; parfois ces brides s'étendent de la paupière au globe de l'œil, à la cornée même, et provoquent des adhérences anormales entre la paupière et le globe de l'œil (*symbépharon*); mais le plus souvent ce tissu de cicatrice, agissant par ses inégalités sur le globe de l'œil, à la manière d'un corps étranger, produit l'inflammation de la cornée, y développe des vaisseaux, et finit par amener le pannus. Quel que soit d'ailleurs le résultat plus ou moins immédiat de la présence de ce tissu inodulaire à la surface interne des paupières, on doit toujours craindre, surtout s'il siége à la paupière supérieure, que tôt ou tard, la perte de la vue n'en soit la conséquence.

Deux motifs contribuent donc à rendre ces cicatrices inodulaires assez fréquentes : d'un côté, le précepte établi, et généralement accepté, de pratiquer des cautérisations larges et profondes; de l'autre, l'opinion, aussi communément accréditée, que le caustique lunaire, dans le traitement de l'ophthalmie, doit agir comme agent destructeur.

Ces deux opinions sont également erronées. Lorsqu'on a posé, il y a quelques années, la règle des cautérisations profondes, cette règle pouvait être opportune, car elle s'appliquait à des granulations anciennes, compliquées d'engorgement et d'épaississement des conjonctives; mais aujourd'hui que les granulations sont traitées dès qu'elles apparaissent, alors qu'elles sont transparentes et faciles à détruire, et que la conjonctive qui leur sert de *substratum* conserve une grande délicatesse de texture, il y aurait danger réel à s'y conformer.

C'est que les résultats de l'emploi du caustique sur les conjonctives sont bien différents dans l'un et l'autre cas. Dans les granulations anciennes, j'ai vu souvent les conjonctives, après trente ou quarante cautérisations, et même davantage, reprendre leur aspect

normal, sans qu'on pût découvrir les moindres traces de l'action du caustique, tandis qu'une seule application de cet agent destructeur, dans le cas de granulations récentes, peut suffire pour amener de grands désordres et même la désorganisation entière de ces membranes. Je me rappelle le cas d'un malheureux ouvrier, à qui un médecin civil avait fait subir cinq cautérisations seulement, et dont les conjonctives palpébrales aux quatre paupières avaient presque entièrement disparu. Quatre entropions furent la conséquence de cette destruction.

Une autre erreur qui n'a pas moins contribué à propager les cautérisations larges et profondes, c'est celle qui établit que le nitrate d'argent doit agir comme agent destructeur. Je démontrerai plus loin que non-seulement on peut guérir les granulations sans porter atteinte à la texture de la conjonctive, mais que les guérisons ainsi obtenues ne sont pas moins rapides, qu'elles sont plus stables, et qu'elles ne produisent aucun des accidents que nous venons de signaler.

Les cautérisations larges et profondes ont encore un autre inconvénient : c'est de donner lieu à des réactions vives sur les organes oculaires. Un des premiers effets de ces réactions dans un assez grand nombre cas, c'est de multiplier les granulations; et sans doute il n'est aucun médecin militaire qui n'ait eu souvent l'occasion de remarquer que, sous l'influence de la cautérisation, certaines granulations deviennent aussi plus volumineuses. Je me propose de donner bientôt, dans un autre travail, l'explication de ce phénomène. Une seconde conséquence des réactions fortes, c'est de favoriser l'extension de l'inflammation aux autres membranes de l'œil; mais le résultat le plus fâcheux que j'ai à indiquer, c'est, dans les cas d'ophthalmie aiguë, le gonflement considérable des paupières auquel elles donnent lieu. Ce gonflement empêche le médecin de suivre les progrès de la maladie et de mettre en usage certains moyens d'où peut dépendre le succès du traitement.

B. Les cautérisations faites à de courts intervalles et trop souvent répétées ne sont pas moins funestes que les cautérisations larges et profondes. Elles tendent à faire des organes oculaires des centres de fluxion où aboutissent toutes les dispositions morbides inhérentes à l'individu, ainsi que les influences nuisibles auxquelles il se trouve accidentellement exposé. Qu'un individu, par exemple, porteur de granulations, se trouve en même temps sous l'influence d'une diathèse rhumatismale, scrofuleuse, syphilitique

ou autre, il est évident que les organes oculaires, devenus des centres de congestion, seront plutôt que d'autres organes le siége des manifestations morbides de ces diverses diathèses. Il en sera de même des refroidissements, des excès, des fatigues, etc. : ce sera aussi de préférence vers les yeux que se portera l'action de ces causes. Enfin, à part ces complications auxquelles fort peu d'individus échappent, des accidents graves seront encore souvent la conséquence directe de la fluxion devenue habituelle de ces organes; car cette fluxion, bornée d'abord aux membranes externes, finit presque toujours, quand elle a quelque durée, par se fixer sur la choroïde et par donner lieu à tous les accidents auquels conduisent si souvent la congestion ou l'inflammation de cette membrane, tels que l'amblyopie congestive, le glaucôme, l'amaurose, la cirsophthalmie, etc.

Frappé des résultats si fâcheux d'une méthode de traitement à laquelle on accorde généralement une si grande confiance, je m'étais déjà efforcé, dans ma brochure publiée en 1839, de ramener la thérapeutique de cette maladie à certaines règles; j'avais à cette époque adopté un traitement mixte qui me paraissait en même temps plus rationnel, plus efficace, et à l'appui duquel j'avais présenté plus de 800 cas de guérison sans aucun insuccès. Depuis lors, l'Institut ophthalmique m'a mille fois démontré quelle pouvait être la conséquence d'une médication, quelle que soit d'ailleurs son efficacité dans certains cas, lorsque cette médication est appliquée d'une manière absolue, sans égard pour ces nombreuses circonstances locales ou générales, inhérentes ou étrangères à l'économie, et que le médecin ne peut jamais perdre de vue un instant.

2. *Excision de la conjonctive*. Cette opération est rarement employée aujourd'hui; on n'y a plus recours que comme à un moyen secondaire. Du reste, des brides et des cicatrices vicieuses, la déviation des tarses, le renversement de la paupière en dedans, sont des accidents assez communs à la suite de l'excision de la conjonctive. J'essayerai plus loin d'indiquer les cas dans lesquels l'excision peut donner des résultats heureux.

3. *Collyres et pommades*. Employés sans indication suffisante, ils entretiennent dans les conjonctives, et par suite dans les organes oculaires, un état de congestion, d'irritabilité, d'éréthisme, qui peut donner naissance aux inconvénients déjà signalés plus haut; c'est ainsi que l'inflammation prend plus d'intensité, qu'elle s'étend aux parties profondes, et que des habitudes de fluxion s'établissent.

Ces accidents proviennent surtout de ce que l'on n'a pas établi de distinction entre les effets mécaniques de certains collyres qui sont irritants, et les effets dynamiques de certains autres qui ne se produisent qu'après l'absorption de la substance et qui sont essentiellement hyposthénisants. Depuis que j'ai eu connaissance du travail de M. Rognetta sur ce sujet, j'ai évité bien des erreurs, je me suis rendu compte de bien des phénomènes qui jusque-là étaient restés pour moi enveloppés de mystère.

Enfin, ces accidents peuvent venir encore de l'emploi de ces topiques dans les cas où le travail inflammatoire s'est propagé aux autres membranes de l'œil; car, contrairement à ce qu'avance le docteur Rognetta, l'expérience m'a démontré que, excepté dans la conjonctivite et dans certaines kératites, les collyres en général sont essentiellement nuisibles. C'est en vain que dans ces cas on compte sur leurs effets hyposthénisants, la réaction vive à laquelle ils donnent lieu s'oppose à l'absorption du principe médicamenteux, sans laquelle l'effet dynamique ne saurait se produire.

4. *Applications émollientes*. Dans l'ophthalmie de l'armée les applications émollientes sur les yeux sont toujours nuisibles. Ce n'est pas que, à l'exemple de quelques praticiens, je proscrive ces topiques d'une manière absolue, dans toutes les maladies inflammatoires de de ces organes; mais je crois que, toutes les fois que l'affection oculaire est de nature à faire craindre des accidents du côté de la cornée, il est dangereux d'y avoir recours. Or, dans quel genre d'affection plus que dans l'ophthalmie granuleuse a-t-on à redouter ces accidents? Aussi, quelle que soit l'intensité de l'inflammation, quels que soient la tension et le gonflement des tissus, on ne doit jamais avoir pour but d'apporter du soulagement aux souffrances du malade, si les moyens pour y arriver doivent augmenter les chances du ramollissement de la cornée. Ce n'est pas le seul motif qui me dicte cette conduite : je proscris encore les applications émollientes parce qu'elles augmentent la sécrétion purulente et apportent des obstacles à l'application des autres remèdes locaux.

Je pourrais encore signaler ici les complications plus ou moins graves qui proviennent de l'application inopportune de stimulants ou de révulsifs autour de l'orbite, de l'abus des antiphlogistiques et des débilitants, de la salivation provoquée sans nécessité absolue, du séjour prolongé des malades dans l'obscurité, etc., etc.; mais les remarques que j'aurais à faire à cet égard me conduiraient trop

loin : la plupart des auteurs modernes se sont d'ailleurs élevés contre leur emploi intempestif.

Je vais maintenant chercher à tracer les règles qui m'ont toujours guidé dans l'emploi des divers agents thérapeutiques dont je viens de signaler les inconvénients et les dangers. Je tâcherai de rendre cette exposition claire, nette, facile à saisir, et surtout de la rendre pratique, en appliquant ce traitement à chacune des conditions morbides qui peuvent se présenter.

(*La suite et fin à un prochain numéro.*)

NOTE SUR L'INOCULATION DE LA MATIÈRE BLENNORRHOÏQUE DANS LE TRAITEMENT DU PANNUS;

Par le docteur FALLOT.

Les *Annales d'Oculistique* ont mentionné (vol. XIX, p. 81) un fait d'inoculation de matière blennorrhoïque, tentée par M. le docteur Kerst, d'Utrecht, pour amener la guérison d'un pannus. Un médecin français, M. A. Legrand, fait à ce sujet les réflexions suivantes dans la *Revue médicale* de M. Cayol, 1848, p. 565 :

« Il nous serait impossible de ne pas exprimer le sentiment pénible qu'a » excité en nous la relation d'un semblable fait. Nous n'hésitons pas à le considérer presque comme un crime que la morale répudie, que l'amour de la » science ne saurait excuser. Notre mission est de guérir, et nous ne pouvons » nous permettre de donner une maladie à notre semblable *que lorsque l'expérience prise en dehors de nous* (ainsi qu'a fait Jenner) a prouvé qu'en » suivant une semblable pratique, non-seulement nous pouvons lui être utile, » mais nous ne saurions lui causer un préjudice. »

Quelque injuste que nous semble la condamnation prononcée dans les lignes que nous venons de transcrire, nous l'aurions passée sous silence, si nous ne l'avions jugée compromettante pour l'art, et par conséquent pour l'humanité. Les succès obtenus par le célèbre professeur Jäger, de Vienne, par MM. Piringer, Stout, etc., et par nous-même, de l'inoculation du pus blennorrhoïque dans des yeux affectés de pannus, qui avaient résisté à tout autre moyen de traitement et produit une cécité complète, ne peuvent laisser aucun doute sur son efficacité. Remarquez bien que jusqu'ici (pour autant, au moins, que nous sachions) le procédé n'a été appliqué qu'aux seuls pannus qui, vu leur opiniâtre résistance à tous les remèdes employés, pouvaient être considérés comme incurables. Est-on fondé à stigmatiser comme *criminelle* et *immorale* une mé-

dication utile dans des cas d'ailleurs désespérés ? Nous comprendrions qu'on blâmât le médecin qui, dans l'état actuel de la science, et en présence de l'incertitude des résultats obtenus jusqu'ici de l'inoculation du pus blennorrhoïque dans le traitement des pannus, les attaquerait tous et d'emblée par ce moyen ; mais celui qui y a recours après avoir vainement tenté tous les autres, et quand le cas est d'ailleurs désespéré, satisfait aux exigences de l'art, dont il augmente les ressources, et applique en temps utile et dans sa vraie acception cet ancien adage, dont on n'a d'ailleurs que trop souvent abusé : *Melius est experiri anceps remedium quam nullum.*

Nous concevons que l'auteur de l'article n'y ait aucune confiance parce qu'il ne l'a pas expérimentée ; mais ce n'est pas une raison suffisante pour la condamner tout d'abord. Ouvrez l'histoire de la médecine, et voyez quels démentis le temps a donnés à des proscriptions semblables. Qui ne connaît la réprobation lancée contre l'antimoine? Que n'a-t-on pas dit de nos jours contre l'emploi de l'arsenic? Et l'un et l'autre de ces métaux ne doivent-ils pas être rangés parmi les plus puissants et les plus fidèles agents thérapeutiques ? Et qu'il serait facile de multiplier de semblables exemples ! — On s'expose à de rudes mécomptes en donnant pour bornes à la science celles de son intelligence.

Notre but, en écrivant ces lignes, n'ayant été que de repousser par des faits ce que l'article ci-dessus a de trop absolu, nous sommes dispensé de l'examen des raisons par lesquelles l'auteur cherche à le justifier. FALLOT, D. M.



Petite correspondance.

M. SHAB.. à La H.. — M. C. est absent. Il vous répondra dès son retour.

M. JANS. — Tout est arrivé à bon port.

M. SWERON. — Le volume est arrivé. Faut-il vous l'expédier ?

Sommaire.

Imprimerie de F. MARCHAL, 96, rue de Ruysbroeck.

ANNALES

D'OCULISTIQUE

PUBLIÉES

Par le docteur FLORENT CUNIER.

Tome XX. — 4e série. Tome 2e. — 4e et 5e livraisons.

15 ET 30 SEPTEMBRE 1848.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'OPHTHALMIE DE L'ARMÉE BELGE;

Par le docteur F. HAIRION,

Médecin de bataillon de 1re classe, professeur d'ophthalmologie à l'Université catholique de Louvain.

(*Suite et fin. Voir les livraisons du 31 juillet et du 31 août.*)

V. *Traitement de l'ophthalmie de l'armée.*

La cautérisation de la conjonctive palpébrale forme la base du traitement de l'ophthalmie de l'armée. Le seul caustique dont on se serve aujourd'hui est le nitrate d'argent. On l'emploie sous deux formes : solide et taillé en crayon, ou liquide, en solution concentrée. Je donne la préférence à cette dernière forme dans tous les degrés de développement et d'intensité de la maladie. Depuis sept ans bientôt, j'ai complétement abandonné le crayon. Voici du reste les motifs qui m'ont guidé dans ce choix. J'emploie le nitrate d'argent comme agent modificateur, et non comme agent destructeur ; c'est-à-dire que mes efforts tendent à borner son action aux effets dynamiques, et à éviter autant que possible les effets caustiques. Envisagé de cette manière, le sel lunaire en solution concentrée a sur le crayon des avantages incontestables, tant dans la forme chronique de l'ophthalmie que dans la forme aiguë. Ainsi, la solution mérite la préférence dans les granulations récentes, parce que, moyennant certaines précautions que j'indiquerai plus loin, on peut toujours prévenir la destruction de la muqueuse, qui est inévitable lorsqu'on a recours au caustique solide. Je la préfère encore dans les granulations anciennes, parce que, pénétrant les tissus sans les détruire, elle va porter profondément son action modificatrice, tandis que les effets de la pierre infernale ne s'étendent guère au delà de l'escarre qu'elle produit. Dans l'un et l'autre cas, l'usage de la solution donne lieu à une réaction beaucoup moins vive. Dans

la forme aiguë les avantages du soluté sont plus marqués encore : son application est plus facile, elle peut se faire sur une plus grande étendue des surfaces malades sans que l'on ait à craindre aucun danger pour la cornée ; d'ailleurs, comme la réaction qui s'ensuit est peu vive et que l'escarre n'est que très-superficielle, il en résulte qu'on peut en renouveler les applications à de plus courts intervalles, et suivre mieux les progrès de la maladie. Quelle que soit du reste la forme sous laquelle on emploie le nitrate d'argent, on doit lui reconnaître, dans un cas comme dans l'autre, une action hyposthénisante et une action irritante et caustique. La première est dynamique, générale, et ne se manifeste qu'autant que le nitrate ait été absorbé ; l'autre est mécanique et locale. Ces deux effets sont entièrement opposés l'un à l'autre : l'effet mécanique est un obstacle à la manifestation de l'effet dynamique ou hyposthénisant, et *vice versa*. D'où il suit que, selon que l'on voudra mettre à profit la propriété caustique, destructive, du nitrate d'argent, ou sa propriété hyposthénisante, résolutive ou modificatrice de l'inflammation, on devra se comporter différemment. Par exemple, dans un chancre syphilitique, le but étant d'obtenir l'avortement de la maladie par la destruction des tissus *contagionnés*, il faut cautériser profondément de manière à comprendre dans l'escarre toutes les parties altérées ; et comme le but définitif est d'empêcher que le principe contagieux ne soit résorbé, on ne fait rien pour atténuer la réaction inflammatoire, dont un des résultats est de s'opposer au mouvement d'absorption. Veut-on, au contraire, obtenir l'effet hyposthénisant du nitrate d'argent, et c'est bien le seul que l'on doive se proposer d'atteindre dans le traitement de l'ophthalmie de l'armée, il faut avoir en vue de faire passer dans la conjonctive la plus grande quantité possible de l'agent thérapeutique employé ; et alors le soluté aura des avantages incontestables.

Ceci posé, on comprendra mieux les motifs de ma manière d'agir, qu'on trouvera si souvent, dans la suite, en opposition avec les idées généralement adoptées sur ce sujet.

Dans l'exposé du traitement de l'ophthalmie de l'armée, il y a une distinction importante à établir, suivant que cette maladie revêt la forme granuleuse chronique ou qu'elle se présente à l'état aigu.

A. *Ophthalmie granuleuse chronique.*

Son traitement varie :

Suivant que les granulations, encore récentes, se présentent sous

l'aspect de petites vésicules transparentes, la conjonctive conservant d'ailleurs sa physionomie normale ;

Suivant qu'elles sont anciennes et que la conjonctive qui leur sert de *substratum* est épaissie, relâchée, et plus ou moins enflammée ;

Suivant que ces productions morbides ont subi une transformation particulière qui leur donne l'aspect et les caractères des bourgeons charnus qui recouvrent les plaies ;

Enfin, suivant qu'elles sont simples ou compliquées.

1° *Granulations récentes* (*hydrorrhée*). Cette forme est presque la seule qu'on rencontre aujourd'hui dans les rangs de l'armée. On ne saurait donc tracer avec trop de soin le traitement qu'elle réclame. Je rappellerai ici une remarque que j'ai faite plus haut au sujet du développement quelquefois prodigieux des granulations à la suite de la cautérisation : c'est souvent, comme je l'ai dit, un résultat de la réaction qui suit l'application du nitrate d'argent. Je ferai remarquer aussi que l'action caustique de cette substance est bien à craindre là où la conjonctive conserve toute la délicatesse de sa texture ; on appréciera dès lors combien il est important de limiter l'action du nitrate d'argent à ses effets dynamiques. C'est cependant ce qu'il est impossible d'obtenir, si l'on emploie cette substance à l'état solide ; car, quelle que soit la délicatesse que l'on mette à promener le crayon à la surface de la conjonctive, son effet est tellement prompt que l'on ne peut pas éviter cette réaction. — Des accidents analogues, mais moins graves cependant, seraient également à craindre dans l'emploi du soluté, si on ne le subordonnait pas à certaines règles que j'exposerai avec quelque détail, parce que c'est de leur application rigoureuse que dépend le succès du traitement.

Pour porter cette solution sur la conjonctive, je me sers d'un pinceau de poil de martre, fin et bien effilé ; ce pinceau a l'avantage de ne point mollir et de se conserver longtemps intact. Avant de porter l'instrument sur la conjonctive, je le passe sur un linge qui en absorbe le trop plein ; j'évite ainsi que le liquide ne s'épanche sur la partie saine ou n'atteigne la cornée. Après avoir touché légèrement les granulations, je passe aussitôt sur elles, et avant d'abandonner la paupière, un pinceau trempé dans de l'huile d'amandes douces. Le malade fait ensuite usage de fomentations avec l'eau froide ou mieux avec une solution d'acétate de plomb et d'opium (eau commune, une livre ; acétate de plomb cristallisé, deux gros ;

opium brut, un gros), voulant au moyen de ce collyre étouffer la douleur et modérer la réaction. Quand, malgré l'emploi de ce calmant, celle-ci acquiert une certaine violence, je n'hésite pas à recourir à quelque dérivatif passager appliqué aux extrémités inférieures. Je fais continuer l'emploi du collyre pendant quelques jours, et je ne reviens à une nouvelle application du caustique que quand je juge que l'effet dynamique de la première est complétement épuisé, ce qui n'arrive ordinairement, dans ce degré de l'ophthalmie granuleuse, qu'après 4, 6 et 8 jours. De temps en temps, j'administre au malade un purgatif salin dont l'effet révulsif sur le tube digestif contribue puissamment à la résolution de la maladie. Après 2, 3 ou 4 applications, je remplace la solution de nitrate d'argent par le sulfate de cuivre; parfois je fais alternativement usage de ces deux substances, c'est-à-dire qu'entre les diverses applications de la solution, j'emploie journellement le crayon de sulfate de cuivre. Il m'arrive aussi quelquefois de n'avoir recours qu'à ce dernier.

Le sulfate de cuivre possède, mais à un degré bien moins prononcé, des effets analogues à ceux du nitrate d'argent; il est hyposthénisant par suite de son action dynamique, et caustique ou irritant par son action mécanico-chimique. Il en résulte qu'il n'agit convenablement que dans les cas où il produit peu d'irritation. C'est là un fait que j'avais constaté en 1839, et que j'ai consigné dans mes *Considérations pratiques sur l'ophthalmie de l'armée.* J'ai aussi remarqué que, chez les personnes très-irritables, l'usage du sulfate de cuivre ne réussit pas. Voici du reste le résumé des expériences auxquelles je me suis livré à cette époque. Sur 185 malades, chez lesquels j'avais employé exclusivement cette substance, 128 guérirent sans le secours d'aucune autre médication; chez quelques granulés, cet agent thérapeutique se montra impuissant, et chez d'autres il aggrava la maladie. Combiné avec l'emploi de la solution de nitrate d'argent, le sulfate de cuivre est un moyen que je ne néglige jamais et qui me paraît contribuer beaucoup à la guérison des granulations, quel que soit d'ailleurs leur degré de développement et d'ancienneté. Dans ces divers cas, le sulfate de cuivre agit non comme caustique, mais comme modificateur. Il est bien vrai que par son contact prolongé sur une conjonctive récemment malade, il produit une escarrê légère et superficielle; mais dans les granulations anciennes, c'est un effet qu'on ne peut produire que très-exceptionnellement. D'ailleurs, si le but pouvait être de cautériser la conjonctive, on obtiendrait bien plus sûrement ce

résultat avec le nitrate d'argent, et on devrait le préférer au vitriol bleu.

2° *Granulations avec inflammation chronique des conjonctives palpébrales.* — Cet état répond à ce que j'ai décrit ailleurs sous le nom de *phlegmatorrhée* et de *blennorrhée.* Dans cette période plus avancée du développement des granulations, la conjonctive palpébrale est épaissie, et offre souvent deux ou trois fois plus d'étendue que dans l'état normal. Les granulations sont plus volumineuses et en plus grand nombre; un lacis de vaisseaux en parcourt la surface et leur donne un aspect rouge et charnu.

Lorsque les granulations présentent ces caractères, les réactions vives et la destruction de la conjonctive par le caustique lunaire sont moins à craindre. L'observation nous apprend que les effets de la cautérisation sont d'autant moins marqués que les granulations sont plus anciennes et qu'elles sont le siége d'un mouvement fluxionnaire plus fréquent; c'est ce que les médecins militaires ont dû remarquer souvent. Dans les granulations récentes, l'escarre ne tombe ordinairement que du 3me au 6me jour, et la conjonctive, plus ou moins profondément entamée, laisse voir plus tard des cicatrices, des brides, des adhérences vicieuses, qui témoignent assez de l'action destructive de cet agent thérapeutique. Dans les granulations anciennes, au contraire, l'escarre, plus superficielle, tombe le même jour ou le lendemain, rarement plus tard, laissant peu ou point de traces de son passage. On n'a peut-être pas tenu assez compte de cette différence dans l'application du caustique; elle est telle cependant que dix cautérisations de la conjonctive, pratiquées dans ces dernières conditions, laisseraient souvent moins de traces qu'une seule cautérisation portant sur une conjonctive recouverte de granulations vésiculeuses récentes. Mais quoique le nitrate d'argent en crayon ait des résultats moins fâcheux dans ce dernier cas, nous lui préférons encore la solution concentrée que nous employons comme dans le cas précédent. Cependant ici les cautérisations peuvent être plus souvent répétées, par exemple tous les 3 ou 4 jours; et au lieu d'être légères et superficielles, on les fait d'autant plus profondes et plus larges (en passant plusieurs fois le pinceau sur la surface malade) que la conjonctive est plus épaissie. On doit aussi éviter soigneusement de toucher avec le caustique le repli de la muqueuse intermédiaire entre la conjonctive palpébrale et la conjonctive oculaire, qui fait suite à la membrane semilunaire, dont elle semble n'être qu'un prolongement, et qui se présente sous la

forme d'un petit ruban aplati et appliqué sur le globe oculaire. Lorsque le caustique porte son action sur ce repli, la formation de brides est presque inévitable.

Dans les cas où les granulations sont très-anciennes ou sont profondément situées, je fais, quelques heures avant la cautérisation, des scarifications sur les conjonctives, de manière à diviser autant que possible ces productions morbides. Cette pratique, outre qu'elle amène un dégorgement toujours favorable de la conjonctive, a encore l'avantage de permettre à la solution caustique de pénétrer, à travers les petites plaies, dans toute l'épaisseur des tissus affectés, et d'y porter son action dynamique.

Quelquefois, vers la fin de la maladie, lorsque les tissus restent engorgés, les pommades au nitrate d'argent, au précipité rouge, à l'hydriodate de potasse, etc., concourent à ramener les conjonctives à l'état normal.

Le traitement altérant général active d'une manière remarquable les effets résolutifs du traitement local; il consiste dans l'usage de pilules de Plummer et de purgatifs salins répétés tous les 4 à 5 jours.

3° *Granulations vegétantes.* Lorsque les granulations ont éprouvé cette espèce de dégénérescence, quelques modifications doivent être apportées dans le traitement.

Jamais, quelle que soit leur ancienneté, les granulations ne subissent cette transformation, si elles n'ont été le siége d'un mouvement fluxionnaire actif, auquel les autres membranes de l'œil échappent difficilement; aussi est-il rare que cet état existe sans complication.

Avant de songer à attaquer ces productions pathologiques nouvelles, il faut préalablement abattre le mouvement fluxionnaire et éloigner toute complication. Cela fait, les granulations végétantes offrent généralement peu d'opiniâtreté; elles s'affaissent, ou même se détachent et tombent de toute pièce, laissant après elles des ulcères qui ne tardent pas à se cicatriser, ou de la surface desquels de nouvelles végétations s'élèvent bientôt, si tout mouvement fluxionnaire vers la conjonctive n'a pas cessé. Mais il ne suffit plus, ici, comme dans les cas précédents, de toucher, plus ou moins légèrement, la surface des végétations avec la solution caustique; il faut qu'elles en soient en quelque sorte totalement imprégnées, et que son action se fasse ressentir jusqu'au tissu qui leur sert de support.

L'excision est souvent appliquée pour détruire les végétations :

j'ai vu des malades à l'Institut qui avaient subi 40 et même 50 fois cette opération. Moi-même, je l'ai faite quelquefois ; mais depuis longtemps j'ai réformé complétement ma manière de faire à cet égard, l'expérience m'ayant démontré que cette opération est toujours inutile et qu'elle peut être quelquefois nuisible. En effet, si, préalablement à tout traitement local, on éloigne les causes qui ont amené cet état de dégénérescence des granulations ou qui contribuent à l'entretenir, l'excision n'est pas d'un grand secours, les végétations ne tardent point à s'affaisser sous l'action des moyens précédents ; si au contraire on néglige ce soin, l'inutilité est plus frappante encore, car du jour au lendemain ces productions reparaissent avec une nouvelle activité ; il y a plus, c'est que l'irritation produite par l'instrument tranchant devient un nouvel aliment au mouvement fluxionnaire fixé sur la conjonctive.

Jusqu'ici je n'ai pas parlé de l'excision de la muqueuse elle-même ; c'est qu'en effet cette opération n'est jamais réclamée dans la conjonctivite granuleuse, si ce n'est dans quelques cas rares pour enlever le repli muqueux intermédiaire au globe et aux paupières, dont j'ai parlé plus haut, et qui reste quelquefois véritablement hypertrophié. L'ablation de ce repli, pratiquée comme je l'ai indiqué ailleurs, n'est jamais suivie de brides ni de cicatrice ; mais il n'en est pas ainsi lorsque cette opération porte sur d'autres points de la muqueuse : alors elle est inutile ou dangereuse. Elle est inutile, parce que la muqueuse de la conjonctive jouit d'une élasticité telle, qu'elle semble se soustraire à cet état de relâchement réel auquel les autres muqueuses paraissent toutes plus ou moins prédisposées, et qui exige l'ablation de la portion exubérante. Aussi, quel que soit l'état d'ampliation auquel puisse arriver la muqueuse conjonctivale à la suite de l'inflammation, elle peut toujours, par un traitement convenable, revenir à son état normal. Cette opération est dangereuse, en ce que des cicatrices plus ou moins irrégulières, des brides ou des adhérences en sont presque toujours les inévitables conséquences. L'excision ne saurait d'ailleurs remédier que d'une manière très-incomplète à la dégénérescence granuleuse de la conjonctive, car elle reste toujours limitée à une portion très-restreinte des surfaces malades.

4° *Granulations compliquées.* Lorsque les granulations sont accompagnées de l'inflammation de quelque membrane de l'œil, il faut, avant de songer à diriger contre elles un traitement direct, les dégager de toute complication locale ou générale et les ramener

à leur état de simplicité. Qu'on le tienne pour certain, quel que soit le temps probable qu'il faille pour éloigner successivement les divers éléments morbides dont se complique la conjonctivite granuleuse, on arrivera toujours plus rapidement, et surtout plus sûrement au but, en suivant la voie que j'ai signalée, qu'en attaquant d'emblée les granulations par l'application de remèdes irritants ou caustiques qui ne font dans ces circonstances qu'aggraver le mal. Si donc les granulations se compliquent de l'inflammation simple ou spéciale de quelque autre partie de l'œil, de kératite, de sclérotite, d'iritis, de choroïdite, etc., il faut renoncer au traitement direct des granulations, jusqu'à ce qu'on ait combattu ces divers états inflammatoires, et qu'on ait écarté par un traitement convenable les causes plus ou moins éloignées ou constitutionnelles, capables de réagir d'une manière fâcheuse sur les organes oculaires. Il est cependant des cas dans lesquels on peut opposer à ces causes un traitement, en même temps que l'on attaque les granulations. Mais je ne puis m'étendre sur ce sujet sans dépasser les limites d'un simple rapport, et sans devoir en appeler aux règles les plus communes de la thérapeutique et de la pathologie générales.

B. *Ophthalmie purulente aiguë.*

J'en ai déjà tracé le traitement dans deux travaux précédents (1); mais lui ayant fait subir quelques modifications que l'expérience m'a démontrées utiles, je vais de nouveau en exposer le tableau.

Ce traitement est général ou local.

a. Le traitement général se résume dans la méthode antiphlogistique employée avec vigueur. On débute par une saignée générale dont on favorise les effets par des applications successives de sangsues derrière les oreilles, de manière à entretenir un écoulement sanguin durant douze ou vingt-quatre heures même, et à opposer ainsi à la fluxion fixée sur les organes oculaires une autre fluxion plus ou moins éloignée et continue. Dans les cas très-graves, on répète la saignée deux ou trois fois, à de courts intervalles, jusqu'à ce qu'on ait arrêté la marche progressive de la maladie et abattu l'éréthisme inflammatoire. Il est toujours avantageux de faire la saignée de manière à obtenir une déplétion rapide, et, lorsque l'invasion a été brusque et violente, de la porter même jusqu'à la syn-

(1) *Considérations pratiques et recherches expérimentales sur le traitement de l'ophthalmie de l'armée belge.* Louvain, 1839, page 56. — *De l'ophthalmie gonorrhoïque.* Louvain, 1846, page 77.

cope. En même temps on administre à l'intérieur des hyposthénisants généraux, le tartre stibié, le nitrate de potasse, ou le calomel. Ordinairement je donne le tartre stibié à hautes doses, en commençant par six grains, et en portant la dose successivement à neuf, douze et quinze grains dans les vingt-quatre heures. Chez les personnes nerveuses, et dans des cas d'inflammation moins vive, on se trouve bien de donner cette substance à doses nauséabondes. Dans le premier cas, on obtient des effets hyposthénisants généraux qui se manifestent surtout par une diminution notable dans la force d'impulsion et la rapidité de la circulation; dans le second cas, il se produit un mouvement de détente générale, des sueurs abondantes et un état d'affaissement plus ou moins prononcé. Le nitrate de potasse s'administre dans une potion gommeuse, par deux, quatre ou six gros dans les vingt-quatre heures. Cette substance n'agit pas autrement que le tartre stibié à doses élevées; son effet le plus immédiat est, de même que celui de cette dernière substance, de diminuer la force et la rapidité des mouvements du cœur : le nitrate de potasse est donc, suivant le langage de l'école italienne, un hyposthénisant cardiaco-vasculaire. J'ai souvent vu, sous son influence, le pouls tomber en quelques jours de 90 ou 100 pulsations à 50 et au-dessous. On peut le plus souvent employer indifféremment l'une ou l'autre de ces substances; cependant il faudra préférer le nitrate de potasse au tartre stibié lorsque l'inflammation s'est propagée aux membranes internes de l'œil et toutes les fois qu'on a à redouter que les efforts des vomissements, auxquels donnent lieu souvent les premières doses de tartre stibié, n'aggravent la congestion des organes oculaires. En effet, le nitrate de potasse, comme toutes les substances alcalines, jouit de propriétés antiplastiques, qui en rendent les effets plus précieux dans l'inflammation des membranes internes, où la moindre exsudation plastique peut avoir les conséquences les plus graves. Le calomel est administré avec plus d'avantages encore chez les personnes profondément lymphatiques; on le donne à la dose de 3 ou 4 grains toutes les deux heures jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de l'hydrargirose; on en suspend alors l'usage afin de prévenir la salivation, qui n'offre, selon moi, aucun avantage, et qui n'est pas sans avoir parfois de graves inconvénients. On promène sur les extrémités inférieures des cataplasmes sinapisés, en évitant que l'irritation produite à la peau ne donne lieu à une réaction fâcheuse sur l'ensemble de l'organisme; c'est donc moins une irritation vive qu'il faut, qu'une

irritation modérée, continue, éloignée et étendue à de larges surfaces. Si l'inflammation se propage aux tissus profonds de l'œil, ce qui s'annonce par un sentiment de distension du globe, par des douleurs circumorbitaires, le resserrement de la pupille, etc., on a encore recours au calomel, que l'on donne cette fois comme antiplastique, à la dose d'un demi-grain, trois ou quatre fois par jour. Il est avantageux d'ajouter à chaque dose un quart de grain ou un demi-grain de poudre de belladone. On pratique en outre sur le front, plusieurs fois dans la journée, des frictions d'onguent mercuriel belladoné.

Le malade est mis à une diète sévère, condamné au repos et placé dans une chambre où règne un demi-jour.

b. Le traitement local varie aux différentes périodes de l'ophthalmie.

Dès le début de l'inflammation, et dans les cas seulement où celle-ci est bornée à la muqueuse, les fomentations froides sont généralement utiles. On peut aussi employer, en lavage ou en fomentation, les collyres au nitrate d'argent, au sulfate de cuivre ou de zinc, à l'alun, etc.; cependant, s'ils donnent lieu à une réaction vive, il serait prudent d'en suspendre immédiatement l'usage. Quant à la cautérisation des conjonctives avec le caustique lunaire ou avec sa solution concentrée, nous ne la croyons propre qu'à aggraver le mal.

Lorsque la sécrétion purulente est établie, les moyens précédents ne sauraient plus suffire. Le but que l'on doit se proposer alors est de tarir au plus tôt la source de cette sécrétion et d'empêcher le séjour de la matière purulente à la surface de la cornée, cause réelle de la plupart des accidents graves qui sont si fréquemment la suite de l'ophthalmie purulente.

Pour remplir cette double indication, on a généralement recours à la cautérisation et à l'excision des conjonctives. Déjà en 1839, et plus tard, en 1840 (1), en signalant les accidents inévitables de cette méthode de traitement, j'ai indiqué les changements que j'avais cru devoir y apporter : c'est ainsi que je bornai l'excision de la conjonctive à un simple débridement du chémosis d'après le procédé de Tyrrell; que je cautérisai la conjonctive à de plus longs intervalles; que je cherchai, par l'usage de fomentations astringentes et opiacées, à m'opposer au développement d'une réaction trop vive dont j'ai énuméré les nombreux inconvénients, et qu'enfin, je substituai

(1) *Annales d'Oculistique*, tome IV, page 101.

la solution concentrée de nitrate d'argent au caustique lunaire en crayon. Plus tard encore, dans mon mémoire sur l'ophthalmie gonorrhoïque, en parlant de quelques cas de guérison de cette ophthalmie, obtenue sans cautérisation, j'ai appelé l'attention des médecins sur les avantages qu'il y aurait à remplacer la cautérisation des conjonctives par une autre médication qui en aurait l'efficacité sans en avoir les inconvénients. Depuis lors j'ai poursuivi ces investigations, et aux quelques faits précédents je puis ajouter plusieurs nouveaux cas d'ophthalmie purulente aiguë dont j'ai obtenu la guérison avec un succès complet. Ce traitement est très-simple et je n'y ai apporté aucun changement depuis trois ans que je l'emploie. Voici comment je l'ai décrit dans ce mémoire, pages 87-88 :

« Toutes les 15 à 20 minutes, plus souvent encore si le cas l'exige, un garde-malade habile pratique des injections avec une solution de chlorure d'oxyde de sodium (eau commune, une livre; chlorure d'oxyde de sodium, une à deux onces); on nettoie ainsi la cavité oculo-parpébrale, et l'on débarrasse la cornée de la matière purulente qui en baigne la surface. Lorsqu'un chémosis volumineux envahit les bords de cette membrane, il faut diriger le jet du liquide de manière à enlever la matière purulente qui se trouve logée sous ce bourrelet muqueux. Cette précaution est des plus importantes. Depuis longtemps, en effet, j'ai remarqué que le ramollissement, les ulcérations et les déchirements de la cornée ont le plus souvent leur siége vers ces bords, et surtout dans son segment inférieur, précisément là où elle se trouve continuellement baignée par la matière purulente retenue à son point déclive par la saillie du chémosis. Trois ou quatre fois par jour, immédiatement après ces injections, on fait usage d'un collyre composé de six grains de nitrate d'argent cristallisé dans une once d'eau distillée (1). On doit continuer ce traitement sans interruption, et bien se persuader que la moindre négligence peut être suivie des plus graves accidents. A mesure que les symptômes inflammatoires se dissipent, que la conjonctive revient sur elle-même et que la sécrétion purulente diminue, on pratique des injections à des intervalles de plus en plus longs. »

En même temps que ces moyens sont employés, on fait de larges scarifications à la conjonctive, et si le bourrelet muqueux qui entoure la cornée étrangle cette membrane de manière à faire craindre des accidents, il faut en opérer le débridement par l'excision d'un ou plusieurs lambeaux, pratiquée dans une direction perpendicu-

(1) Ce liquide est instillé dans l'œil dans le cas où la cornée conserve sa transparence ; mais dès que cette membrane se ramollit et devient opaque, il faut promener sur la conjonctive un pinceau trempé dans la même solution, et éviter d'en toucher la cornée, qui, dans cet état de ramollissement, subit l'action destructive du nitrate d'argent, alors même qu'il est employé à plus faible dose encore.

laire à ce bourrelet, que l'on doit entamer d'ailleurs dans toute son épaisseur.

Quand on parvient à enrayer la marche de la maladie, on continue pendant quelque temps encore l'usage modéré des purgatifs salins et des dérivatifs passagers ; plus tard, si la maladie présente de la tendance à passer à l'état chronique, on aide le traitement local en appliquant un vésicatoire au bras.

Une fois l'inflammation combattue, on s'occupe des lésions qu'elle a laissées après elle. Les altérations de la cornée sont traitées selon les règles que l'on trouve décrites dans tous les auteurs d'ophthalmologie.

Le relâchement de la conjonctive, les granulations, les végétations ne réclament pas d'autre traitement que celui que j'ai tracé dans la forme primitivement chronique de l'ophthalmie granuleuse.

Je terminerai ce travail en mettant sous les yeux du lecteur un tableau résumant les rapports mensuels des ophthalmiques, adressés à M. l'Inspecteur général du service de santé par le médecin en chef de l'hôpital militaire de Louvain, depuis le mois de mars 1836, époque à laquelle j'ai été chargé du service ordinaire des ophthalmiques, jusqu'au mois d'octobre 1847 inclusivement (1).

Il résulte de ce tableau :

1° Que, pendant l'espace de 12 ans, il a été reçu à l'hôpital militaire de Louvain, dans le service ordinaire des ophthalmiques, 1,871 malades. 271 d'entre eux, atteints de granulations palpébrales, ayant été dirigés, par suite d'ordres supérieurs, sur les dépôts généraux des granulés établis à Namur et à Ypres, et 2 autres ayant succombé à la fièvre typhoïde, le chiffre des malades qui ont subi un traitement complet dans mon service, et sur lesquels doivent seulement porter mes observations, se trouve réduit à 1,598, dont 1,093 étaient atteints d'ophthalmie militaire, et 505 de différentes affections oculaires comprises sous la dénomination d'*ophthalmies non militaires.*

2° Que 12 hommes seulement ont été dirigés sur le dépôt de leur corps, à l'effet d'y être proposés pour la réforme ou la pension. De ces 12 hommes, 7 étaient entrés à l'hôpital porteurs d'altérations au-dessus des ressources de l'art, pour lesquelles ils avaient pour la

(1) Nous n'avons pas cru devoir imprimer ce tableau, dont M. Hairion donne, comme on va le voir, un résumé très-détaillé.

La Rédaction des Ann. d'Oculistique.

plupart déjà subi divers traitements dans d'autres établissements sanitaires.

3° Parmi mes insuccès, je ne dois mentionner que les 5 cas suivants :

Un cas de perte de l'œil gauche avec altération dans la transparence de la cornée de l'œil droit, survenu à la suite d'une ophthalmie gonorrhoïque ;

Un cas de perte de l'œil droit, résultat d'une ophthalmie arthritique ;

Enfin, trois cas d'altérations légères des cornées transparentes (1).

En résumé donc, un cas de cécité incomplète et la perte d'un œil, résultats d'ophthalmies non militaires ; trois cas d'altérations légères des cornées occasionnées par l'ophthalmie de l'armée : tels sont les insuccès que je compte, sur un nombre de 1,598 ophthalmiques entrés dans mon service au début de la maladie.

En appelant l'attention des médecins militaires sur le danger attaché à l'application de quelques mesures ou à l'emploi de certains moyens thérapeutiques, j'ai rempli un devoir que me prescrivait ma position à l'Institut ophthalmique. Puisse ce travail, dicté par le désir d'être utile, jeter quelques nouvelles lumières sur une question de médecine qui intéresse à un si haut point l'armée et le gouvernement !

OBSERVATION REMARQUABLE D'UN COUP DE FEU AYANT DÉTRUIT L'OEIL GAUCHE ET NÉCESSITÉ L'EXTIRPATION DE L'OEIL DROIT;

Par le docteur FENIN,

Chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Cambrai.

Le nommé Kreps, soldat au 25° de ligne, âgé de 34 ans, d'un tempérament sanguin, aux formes athlétiques, a été atteint, le 2 avril, d'un coup de feu à la face.

Le projectile, arrivant dans la direction de gauche à droite, avait détruit la cornée transparente et la partie supérieure de la sclérotique de l'œil gauche ; continuant la même direction, il avait fracturé les os propres du nez, traversant dans son trajet les lames antérieure et supérieure de l'ethmoïde, et il était allé se caser dans l'angle externe et postérieur de l'orbite droite.

(1) L'un d'eux, le nommé Geyers, du régiment d'élite, que j'ai revu il y a quelque temps, a, depuis sa sortie de l'hôpital de Louvain, perdu complétement l'usage de l'œil droit, et présente une grande irritabilité de l'œil gauche.

Le 6, à son entrée à l'hôpital de Blidah (Algérie), il présentait les symptômes suivants :

L'œil droit, rejeté au dehors, est énormément tuméfié, froid au toucher et d'une couleur terne ; les paupières, également tuméfiées, sont d'une couleur violacée ; le malade souffre de la tête ; le pouls est fréquent et plein. La prescription est : Diète d'aliments, limonade gommeuse, pédiluve sinapisé, saignée de trois palettes.

Le 7, à la visite du matin. Après avoir bien examiné le malade, je reconnus une tendance à la gangrène et proposai l'extirpation de l'œil. Le blessé y consenti, et je me mits de suite à l'œuvre. Après avoir incisé légèrement la partie inférieure de la paupière supérieure à son milieu, je saisis l'œil avec des pinces, je l'attirai en dehors, et je fis l'incision des muscles, puis du nerf optique. Parcourant ensuite la cavité orbitaire avec l'indicateur droit, je rencontrai facilement la balle, qui fut assez difficile à extraire, étant enclavée et toute déformée; aucune hémorrhagie n'eut lieu. Après avoir enlevé plusieurs esquilles, et fait la réunion de la paupière, au moyen d'un point de suture, j'introduisis dans l'orbite un peu de charpie recouverte d'un linge fenêtré enduit de cérat. Diète, limonade, potion opiacée pour le soir.

Le 8. L'opéré va bien. Je prescris une saignée et deux pédiluves sinapisés pour prévenir les symptômes cérébraux que l'on a presque toujours à combattre à la suite de cette opération.

Le 9 et le 10. Même traitement, sauf la saignée.

Du 12 au 23. Rien qui mérite d'être cité ; l'opéré a été de mieux en mieux, les mêmes pansements ont été faits.

Le 24. Il accuse du mal à la gorge ; la voûte du palais est légèrement irritée ; même traitement, deux gargarismes acidulés.

Du 25 avril au 6 mai. Le mieux se soutient, le malade est au quart.

Le 11. On remarque une éruption érysipélateuse qui tuméfie tout le côté droit de la face. Le malade éprouve des douleurs de tête, des picotements. Deux pédiluves sinapisés, diète, limonade gommeuse, potion opiacée pour le soir, un lavement émollient, 10 sangsues à la tempe droite, à la naissance des cheveux. — Le soir, à la contre-visite, le pouls est plein, agité. Saignée de trois palettes, une friction mercurielle sur l'érysipèle.

Le 12. Il y a une légère amélioration, la peau est moins rouge, le pouls a baissé. Soupe au lait ; limonade gommeuse, 3 litres ; potion opiacée, pédiluve sinapisé, lavement émollient, cataplasme, friction mercurielle.

Le 13. Mêmes prescriptions. J'augmente les aliments.

Le 14 et le 15. Quelques phlyctènes se montrent sur l'érysipèle; on les perce.

Le 21. L'érysipèle a complétement disparu; les yeux ne suppurent plus; on ne panse qu'avec de la charpie sèche; le malade va bien, il a repris sa pipe, désormais son unique compagne; il se promène tout le jour, guidé par un de ses camarades.

Le 4 juin. Kreps est envoyé à Alger complétement guéri. Le moral est excellent; il paraît résigné, ne se plaint nullement et me recommande comme faveur de solliciter son admission aux Invalides.

STATISTIQUE DE LA CÉCITÉ DANS LE HAINAUT;

Par M. STIÉVENART,

Chirurgien de l'Institut ophthalmique provincial, etc., à Mons.

Les données statistiques suivantes comprennent 1,195 cas de cécité complète, constatés dans les visites cantonales faites successivement dans la province de Hainaut, depuis 1836 jusqu'en 1847. Parmi ces aveugles ne figurent pas ceux qui ont été reçus à l'Institut ophthalmique sans avoir été visités dans les inspections annuelles.

I. *Cécité congénitale déterminée par :*

Amaurose	2	Cataracte	17

II. *Cécité accidentelle déterminée par :*

Amaurose	144	Hydrophthalmie	7
Aquo-capsulite	3	Kératite ulcéreuse profonde (*,*)	75
Cataracte	201	Kératite vasculaire	9
Choroïdite	18	Lésions externes (***)	31
Conjonctivite catarrho-purulente.	35	Occlusion de l'iris	54
Contraction permanente et convulsive des orbiculaires	1	Ophthalmie blennorrhagique.	7
Entropion et trichiasis (*)	21	— militaire	338
Occlusion pupillaire (**)	10	— des nouveau-nés.	22
Glaucôme	20	— phlegmoneuse	4
		Variole	41

III. *Cécité accidentelle déterminée par des lésions secondaires dont la cause n'a pu être précisée.*

Atrophie des yeux	60	Cutisation des cornées	2
Désorganisation des cornées	22	Staphylôme des cornées.	20
Pannus de différentes espèces.	36		

(*) Suites d'ophthalmies graves et anciennes ayant désorganisé les cornées.
(**) Par épanchements plastiques, suites d'irido-capsulites.
(*,*) Dépendant des vices dartreux, scrofuleux, etc.
(***) Explosion de mines, brûlures, coups, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux français.

Bulletin général de Thérapeutique.

Sur une forme particulière de l'inflammation partielle de la choroïde et du tissu cellulaire sous-conjonctival et sur son traitement; par le docteur J. Sichel. — Tout le monde connaît la conjonctivite scrofuleuse et les pustules qui, dans cette maladie, se développent vers l'union scléro-cornéenne. Il existe une élévation semblable de la conjonctive, qui, infiniment plus rare, est en même temps beaucoup plus grave. Elle ne siége pas primitivement dans cette membrane, mais dans le tissu cellulaire qui la sépare de la sclérotique. Aucun auteur n'a parlé de cette inflammation du tissu cellulaire sous-conjonctival, qui, tantôt est suivie de l'inflammation de la partie contiguë de la choroïde, tantôt même — et nous pensons avec M. Sichel que c'est le cas le plus fréquent — est précédée d'une choroïdite partielle, dont l'inflammation et le gonflement du tissu cellulaire sous-conjonctival masquent plus ou moins les symptômes.

C'est cette phlegmasie, toujours grave et de longue durée, que beaucoup de praticiens auront observée comme nous, mais qui est loin d'être suffisamment connue, que M. Sichel décrit avec un soin tout particulier dans le mémoire dont le titre est transcrit ci-dessus.

Cette maladie s'observe le plus ordinairement sur des individus plutôt sanguins que lymphatiques ou scrofuleux, tout au plus lymphatico-sanguins, sujets à des congestions cérébrales. Des dérangements dans la circulation veineuse abdominale, et, chez les femmes, assez souvent la dysménorrhée, concourent à la production de cette maladie. On voit d'abord un petit point rougeâtre et un peu élevé à quelque distance du bord cornéen ; mais il est rare de rencontrer l'affection à cette première période. Lorsque le malade vient consulter le médecin, il existe ordinairement déjà une tumeur irrégulièrement arrondie, occupant sur la conjonctive un espace de deux à quatre millimètres et plus, d'une teinte rouge sombre, située à deux, quatre, rarement six millimètres du bord de la cornée, plus fréquemment dans la partie externe ou supérieure que dans la partie inférieure ou interne de l'hémisphère antérieur du globe. Ce qui distingue cette tumeur de la pustule lymphatique,

c'est qu'elle ne présente pas à sa surface de point ou de plaque jaunâtre ni d'ulcération ; sa surface, au lieu d'être aplatie, est plus ou moins convexe ou pointue ; elle est aussi plus élevée et plus rénitente. Toutefois, elle peut être, dans certains cas, peu élevée et même très-aplatie. En essayant de déplacer la conjonctive sur la tumeur ou dans son voisinage, à l'aide du doigt et de la paupière interposée, on n'y réussit pas comme cela a lieu pour la pustule lymphatique. Enfin, on peut parfaitement reconnaître que la tumeur est moins formée par la conjonctive elle-même que par les parties sous-jacentes. La rougeur est concentrée, limitée à l'élévation et à son voisinage le plus rapproché ; ou, si l'injection est plus étendue, elle n'offre pas du moins cette disposition en faisceau formé par des vaisseaux d'un calibre considérable et se dirigeant, en convergeant ou parallèlement, de la commissure vers l'élévation de la conjonctive, comme cela s'observe dans la phlegmasie lymphatique. A un degré plus avancé, le pourtour de l'élévation qui vient d'être décrit présente une teinte rougeâtre tirant sur le violet ou même tournant au livide et au plombé, teinte qui indique une véritable inflammation d'une partie circonscrite de la choroïde et un commencement d'adhérence entre cette membrane et la sclérotique amincie.

Un autre caractère particulier de cette maladie est sa durée toujours très-longue, l'opiniâtreté avec laquelle elle résiste le plus souvent aux traitements les plus rationnels et les plus énergiques ; enfin, la facilité avec laquelle elle se termine par des staphylômes de la choroïde envahissant toute la place que l'élévation de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival ont d'abord occupée. Lorsque les malades viennent pour la première fois réclamer un conseil, dans la majorité des cas, l'affection existe déjà depuis plusieurs mois, et souvent même ils indiquent que, depuis six à douze mois, le même point de l'hémisphère antérieur de l'œil s'est injecté et gonflé à plusieurs reprises. Cette injection et ce gonflement se sont prolongés des semaines, des mois, et leur ont causé la sensation d'une tumeur circonscrite dure et un peu douloureuse, surtout pendant les mouvements des paupières. Toutefois la douleur, comme dans la plupart des choroïdites partielles, n'cst presque jamais intense.

Jusqu'à présent, M. Sichel n'a pas eu l'occasion de disséquer des yeux affectés de cette maladie ; néanmoins, comme très-fréquemment il a été à même d'étudier l'anatomie pathologique du staphy-

lôme de la choroïde, et que l'affection qui nous occupe, négligée ou traitée trop tard, se termine assez souvent par cette espèce de staphylôme, il peut affirmer avec une certitude presque entière que le point de départ du mal est dans la choroïde; que le tissu cellulaire sus-sclérotical ne s'enflamme que secondairement, par la pression qu'il subit à la suite de la tuméfaction inflammatoire de la choroïde. Enfin, il a pu se convaincre aussi positivement que s'il l'eût appris par le scalpel, qu'en thèse générale la conjonctive se phlogose seulement à une période plus avancée de l'affection, tantôt parce que l'inflammation s'y étend de proche en proche, tantôt par suite de sa distension, ce qui donne à sa phlegmasie un caractère passif (rougeur sombre, injection vasculaire et douleur peu intenses, etc.)

Outre la teinte violacée ou bleuâtre du pourtour de la tumeur qui décèle de bonne heure la choroïdite, on voit, quelque temps après sa formation, ramper autour de la grosseur des vaisseaux flexueux, dilatés, violacés ou bleuâtres, que l'on appelle vulgairement *variqueux*. Comme dans les choroïdites partielles en général, la vision ne se trouble que tard. Cependant, des symptômes amblyopiques se montrent assez habituellement lorsque le pourtour de la tumeur commence à se colorer d'une teinte violacée et à s'entourer de vaisseaux variqueux.

Ce qui vient d'être dit suffit parfaitement pour caractériser l'affection, et surtout, ce qui est de la plus haute importance, pour la différencier de la conjonctivite lymphatique chronique.

On aura compris, d'après ce qui précède qu'il faut bien se garder de traiter cette affection comme une simple conjonctivite lymphatique, avec laquelle elle est souvent confondue, même par des ophthalmologistes.

Il faut, pendant toute la période inflammatoire, s'abstenir absolument de collyres, d'onguents, de cautérisation surtout. — Il est bon de prescrire une ou deux saignées quand on a affaire à des individus sanguins, robustes, et qu'il existe de la congestion encéphalo-oculaire. On les fait suivre de plusieurs applications de sangsues à la tempe, du côté malade, aussi près que possible de l'oreille ou bien à l'apophyse mastoïde. Ces applications doivent être chacune de 15 à 20 sangsues, alternativement avec un nombre de 4 à 10 posées à l'anus et aux extrémités inférieures. Entre une émission sanguine et l'autre, on laissera un intervalle de quatre à huit jours. On y joint des purgatifs drastiques, alternativement avec des laxatifs

salins, aussi souvent que le tube intestinal pourra les supporter; des frictions mercurielles et des doses fractionnées de calomel ou de pilules bleues de la pharmacopée d'Édimbourg (1/2 à 1 grain, deux à quatre fois par jour), tant qu'il ne se montre pas de symptômes précurseurs de salivation; des pédiluves irritants, des ventouses sèches aux extrémités inférieures; un régime presque exclusivement végétal, une alimentation peu abondante, des boissons délayantes; le repos des yeux, l'exercice au grand air et à une lumière très-douce.

Tels sont les moyens qu'il convient d'employer dès la première période de l'affection. Après les avoir continués aussi longtemps que la constitution le supporte et que la persistance de la maladie peut l'exiger, on fait succéder à ces moyens des révulsifs d'abord peu énergiques, tels que des vésicatoires volants, des emplâtres-vésicatoires perpétuels de Janin, appliqués à la nuque et derrière les oreilles, et laissés en place pendant trois ou quatre jours. Plus tard des vésicatoires volants sont promenés avec fruit sur le front, la tempe et les pommettes du côté malade. On peut aussi, dans le cas de dysménorrhée ou d'hémorrhoïdes supprimées, employer avec avantage et comme auxiliaires les emménagogues ou les petites doses de soufre et d'aloès. Il va sans dire que l'usage interne des antilymphatiques, tels que la baryte, etc., ne doit pas être négligé quand des signes généraux en fournissent l'indication.

La phlegmasie résiste-t-elle opiniâtrément au traitement qui vient d'être exposé, il est utile de recourir en dernier ressort à un séton à la nuque, ou bien à des cautères, soit à la fossette occipitale, soit aux apophyses mastoïdes. — Il n'est nullement nécessaire de prescrire l'usage interne ou externe de la belladone dans cette affection, où la photophobie est aussi rare que dans la choroïdite partielle en général.

Il a déjà été dit que les applications topiques, pendant la période inflammatoire de l'affection, non-seulement sont inutiles, mais encore nuisibles. Lorsque, après la cessation des symptômes phlegmasiques, il ne reste plus qu'une tumeur circonscrite, rougeâtre ou bleuâtre, faisant craindre la formation d'un staphylôme de la choroïde, on y applique avec avantage, en se servant d'un pinceau, du laudanum de Sydenham, d'abord affaibli d'eau. Par son action légèrement irritante et très-passagère, ce médicament produit, à la surface de la bosselure des membranes, une exsudation de matière fibro-albumineuse qui se transforme en une fausse membrane,

dont la contraction finit par aplatir la tumeur et par prévenir le développement ultérieur du staphylôme. L'usage prématuré de ces instillations peut devenir nuisible ; mais on emploie avec grand avantage, même pendant la période inflammatoire, des onctions avec le laudanum de Rousseau au pourtour de l'orbite, si l'affection, comme cela arrive quelquefois, est accompagnée de douleurs circumorbitaires. L'application du nitrate d'argent devient nécessaire seulement alors que le staphylôme menace d'augmenter, malgré le traitement indiqué.

En règle générale, la tumeur inflammatoire particulière que décrit M. Sichel a son point de départ dans la choroïde ; toutefois il fait remarquer qu'exceptionnellement le tissu cellulaire sous-conjonctival, à la suite d'une ophthalmie externe ou même simplement d'une sclérotite où d'une conjonctivite intenses, peut s'enflammer primitivement d'une manière circonscrite et avec des phénomènes semblables. Dans des cas peu fréquents, la maladie suit la marche inverse, en se propageant du dehors en dedans ; mais comme en dernier lieu elle s'empare de la choroïde, le résultat final est le même. Le traitement, dans cette variété secondaire de l'inflammation choroïdienne ne change pas ; mais il est plus fréquemment et plus promptement suivi de succès, la maladie étant beaucoup moins opiniâtre lorsqu'elle se développe de l'extérieur à l'intérieur de l'œil.

De quelques accidents consécutifs à l'extraction de la cataracte, et, en particulier, de la fonte purulente de la cornée et du globe oculaire. Des moyens de prévenir ces accidents ; par M. Sichel. — Dans la première partie de son mémoire (voir l'analyse que nous en avons donnée dans notre volume XV, pp. 128 et 180), M. Sichel a traité de l'ophthalmie primitive sans écartement du lambeau ni procidence de l'iris, comme cause de la suppuration de la cornée. La seconde cause de cette suppuration (et c'est sans contredit la cause principale et la plus ordinaire), c'est l'écartement du lambeau. Les circonstances qui le produisent sont les suivantes :

A. *Accidents qui peuvent survenir pendant l'opération même.* — 1° Un lambeau mal fait est une des causes les plus fréquentes de l'écartement, et par cette raison on ne peut mettre trop de soin pour lui donner toute la régularité possible sous le rapport de sa forme et de ses dimensions. Le lambeau doit égaler à peu près la moitié de la circonférence de la cornée ; il doit être partout dis-

tant de deux millimètres de la jonction de la sclérotique et de cette membrane, exactement semi-circulaire, sans aucune déchiqueture ni dentelure, taillé entièrement, à l'exception de sa dernière petite bride en poussant le kératotome sans lui imprimer aucun mouvement de tiraillement ou de scie. Pour l'obtenir ainsi il faut faire la ponction et la contre-ponction à presque deux millimètres de la circonférence de la cornée, et à peu près à la même distance au-dessus du diamètre transversal de cette membrane, si l'on veut faire la section directement en bas. M. Sichel préfère de beaucoup la section oblique d'après Wenzel, et il pratique par conséquent la ponction à trois millimètres au moins au-dessus de l'extrémité externe du diamètre transversal, et la contre-ponction à la même distance au-dessous de son extrémité interne. (M. Sichel s'est expliqué ailleurs sur la valeur de la kératotomie supérieure, dont les avantages et les désavantages lui semblent se balancer à peu près, et à laquelle il faut également appliquer les règles précédentes.) Pour faire la ponction, il faut que la lame du couteau forme avec la cornée un angle non pas droit, mais très-obtus, afin de la percer fort obliquement et de tailler les bords du lambeau en biseau et sans tiraillement. Lorsque la section est presque terminée et qu'il ne reste plus qu'une petite bride de la cornée à couper, on s'arrête un instant, en recommandant au malade de se calmer et de s'abstenir de toute contraction des muscles oculaires; puis, au lieu de continuer à pousser le kératotome en avant, on le fait rétrograder en lui imprimant une douce pression, et l'on termine ainsi l'incision sans saccade ni violence. Cette modification de l'opération, que l'expérience a suggérée à M. Sichel, lui donne depuis nombre d'années de très-heureux résultats; elle prévient surtout la sortie brusque du cristallin, la procidence du corps vitré et l'écartement des lèvres de la plaie.

Un lambeau beaucoup trop grand, se terminant trop près de la sclérotique, surtout avec le concours des autres circonstances défavorables qui vont être énumérées plus loin, s'écarte beaucoup plus facilement, s'infiltre et amène la suppuration, sans que pour cela il se présente aucun symptôme qui puisse indiquer la mortification de la cornée. Mais ce n'est point seulement une section trop grande qui donne lieu à l'écartement et à ses suites : une section trop petite les produit également et très-facilement, par la raison que le cristallin, surtout s'il est très-volumineux, ne peut sortir qu'à l'aide d'une pression plus ou moins forte et en poussant vio-

lemment devant lui le lambeau de la cornée déjà soulevé par cette pression même. De là découle la règle de donner à la section une étendue plutôt trop grande que trop petite dans les cas de cristallin très-volumineux, comme le sont d'ordinaire les cataractes lenticulaires demi-dures ou demi-molles.

2° La section de la cornée terminée, la kystitomie et la sortie du cristallin, souvent très-difficiles, exigent encore de très-grandes précautions. Un kystitome de dimensions trop grandes, une curette trop grossière ou trop souvent introduite, qui froisse et contusionne l'iris, surtout lorsque l'œil est très-mobile ; une pression trop forte exercée pour faire sortir le cristallin, surtout la mauvaise habitude de se servir dans ce but de la curette directement appliquée sur le globe oculaire au lieu du doigt placé sur la paupière inférieure interposée, moyen par lequel on gradue mieux la pression qu'avec un instrument; enfin la brusquerie de certains chirurgiens; toutes ces circonstances isolées ou réunies peuvent devenir funestes en provoquant de la part des muscles oculaires des contractions violentes et soudaines capables de favoriser le soulèvement et l'écartement du lambeau, surtout lorsque la sensibilité nerveuse du malade est grande et l'œil très-agité. On évite toutes ces circonstances fâcheuses en employant comme kystitome une simple aiguille dont la lance, très-courte et très-étroite, est tranchante seulement dans une petite étendue de ses deux bords et mousse partout ailleurs, et dont le manche porte à son extrémité postérieure une petite curette mince et large d'à peine trois millimètres, qui n'est introduite qu'avec précaution et délicatesse et le moins souvent possible. S'il reste quelques flocons capsulaires que la curette ne réussit point à enlever, il faut se servir d'une pince mousse et extrêmement fine qu'on introduit fermée et qu'on a soin de ne pas trop ouvrir, afin de soulever le lambeau le moins possible. On fait sortir le cristallin très-lentement, en exerçant, de la manière indiquée, une pression très-douce et graduée, qu'on ralentit encore un peu au moment où le cristallin franchit la pupille et les lèvres de la plaie. Immédiatement après la sortie de ce corps, l'aide lâche la paupière supérieure ; on ne doit ouvrir l'œil que pour les essais de vision les plus indispensables, lesquels, en donnant au malade la conviction du succès, le calment beaucoup et préviennent l'agitation nerveuse et la trop forte réaction. Après avoir couché l'opéré aussi horizontalement que possible, et avoir affronté exactement les lèvres de la plaie, on applique soigneusement les bandelettes de

taffetas d'Angleterre. La flaccidité de la cornée, qui est assez rare, et qu'on ne rencontre guère que chez les vieillards, peut quelquefois devenir un obstacle à l'application exacte du lambeau, et par suite une des causes de son écartement, qui heureusement peut rester partiel. M. Sichel en fournit un exemple très-curieux, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici.

B. *Les accidents qui peuvent avoir lieu après l'opération, et produire l'écartement, sans même que le chirurgien s'en doute,* sont classés par M. Sichel sous les chefs suivants :

1° Tout ce qui comprime le globe oculaire, surtout au-dessus du lambeau, quand il est inférieur, — ou au-dessous, s'il est supérieur, — doit nécessairement le soulever. Il faut donc interdire au malade, autant que possible, tout mouvement du globe, des paupières, de la tête et du corps ; le chirurgien ne saurait être trop minutieux dans ses recommandations à ce sujet.

2° Une grande agitation nerveuse et une espèce de délire qu'on trouve parfois chez les vieillards peuvent aussi contribuer à soulever le lambeau.

3° La hernie de l'iris peut produire l'écartement du lambeau et la suppuration de la cornée.

4° Il est suffisamment prouvé que l'écartement du lambeau est la cause principale et la plus fréquente de la fonte purulente de la cornée. Cette assertion puise un nouvel appui dans l'infiltration et la suppuration tardives du lambeau qui surviennent quelquefois lorsque la cicatrice s'est faite d'une manière incomplète. Sous l'influence d'une irritation accidentelle ou dépendante du froissement de la paupière inférieure, ce bord peut s'ouvrir et suppurer, même à une époque à laquelle le chirurgien ne soupçonne plus la possibilité d'un accident : M. Sichel donne l'histoire d'un fait remarquable de cette nature.

Traitement de la suppuration de la cornée consécutive à l'opération de la cataracte par extraction. — Lorsque cette suppuration est avancée, elle résiste toujours aux modes de traitement les plus divers et rationnels et empiriques qui ont été tentés. Il n'en est pas ainsi lorsqu'elle ne fait que commencer.

M. Sichel présente l'expos éthérapeutique suivant :

« La première règle et la plus importante, c'est d'ouvrir les paupières avec les précautions nécessaires, dès que les premiers symptômes se sont manifestés et n'ont point disparu promptement après un traitement antiphlogistique approprié. Si, après avoir levé l'appareil, on trouve un écartement partiel ou plus

ou moins étendu du lambeau, encore sans infiltration, suppuration ni inflammation considérable, il suffit d'affronter de nouveau les lèvres de la plaie, en faisant doucement glisser la paupière supérieure de haut en bas sur la cornée et en y exerçant ainsi une très-légère compression. On réunira soigneusement les paupières par des bandelettes de taffetas agglutinatif, en appliquant par-dessus un bandage légèrement compressif, qui se composera d'un bourdonnet de charpie et d'une compresse de la forme et grandeur de la paupière supérieure, placés de manière à ce que leur tiers inférieur dépasse la fente palpébrale, et modérément serrés par un monocle. Dans beaucoup de cas, et surtout quand le malade est docile, on peut se borner aux simples bandelettes, qui donnent l'avantage de pouvoir continuer au besoin les fomentations froides. Dès qu'on reconnaîtra l'existence d'une inflammation, on aura immédiatement recours à un traitement antiphlogistique proportionné à son degré d'intensité. Le moindre retard peut devenir funeste. Il y a peu de temps, j'ai eu le regret de voir un œil détruit par la fonte purulente, bien que j'eusse reconnu et combattu dès le premier jour l'écartement incomplet, et seulement à cause d'une saignée ajournée, malgré moi, de vingt-quatre heures. Lorsque la suppuration est établie, que l'inflammation a été suffisamment combattue ou qu'elle a été primitivement faible ou nulle, ou enfin qu'on a affaire à un individu débile ou cacochyme, l'instillation du laudanum de Sydenham, d'abord affaibli d'eau, la cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent et l'usage interne de la décoction de polygala senega peuvent être employés concurremment avec les moyens indiqués et un régime nutritif et tonique. Plus tard, les collyres astringents, les pommades de précipité rouge ou blanc peuvent devenir utiles. La compression douce et l'abduction fréquente de la paupière inférieure seront continuées jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète et solide, et que le bord palpébral libre ne vienne plus aucunement en contact avec la cornée pendant les mouvements du globe et de ses voiles protecteurs.

» Le plus important sera toujours de reconnaître et de combattre de bonne heure l'écartement du lambeau, ou, dans les cas rares où il n'existe point, l'ophthalmie traumatique et ses complications. »

Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

Influence de la salivation sur la marche des ophthalmies; par M. Velpeau. — La salivation peut être un moyen thérapeutique comme un autre, un procédé de révulsion qui a ses avantages et ses inconvénients. Les uns et les autres se mesurent dans leurs rapports avec l'affection que l'on a en vue de combattre. Soit, par exemple, le cas suivant :

Obs. — Une femme entre à l'hôpital pour une ophthalmie grave. On lui prescrit un vésicatoire sur le front, un collyre avec une solution de nitrate d'argent à 5 centigrammes, et à l'intérieur, du calomel à la dose de 2 à 3 décigrammes par jour. La maladie reste stationnaire pendant quelques jours; puis, vers le huitième, un mieux prononcé s'annonce; mais, en même temps, la malade se plaint de souffrance dans la bouche; et, en effet, il s'établissait une salivation

abondante ; les gencives étaient rouges, gonflées et douloureuses. A partir de là l'ophthalmie est entrée en voie de résolution, et la malade est sortie guérie quinze jours après son entrée.

Ce fait est loin d'être un fait rare : on l'observe tous les jours dans la pratique. Dix-neuf fois sur vingt, dit M. Velpeau, on peut annoncer la guérison d'une ophthalmie aiguë, kératite ou iritis, dès que la salivation se manifeste.

Quels que soient les désagréments de la salivation mercurielle, ils ne sont jamais à mettre en comparaison avec ceux d'une ophthalmie. La salivation est souvent le seul moyen de juguler en peu de jours une ophthalmie violente, dont les dangers l'emportent beaucoup sur ceux de la salivation la plus intense. Il est facile, d'ailleurs, de maîtriser cette dernière. La stomatite mercurielle débute, d'ordinaire, par de la douleur et du gonflement dans la bouche, qui durent pendant un intervalle variant entre six et douze jours ; puis arrive la salivation. Comme celle-ci coïncide presque toujours avec une amélioration très-grande de l'état des yeux, on cesse alors l'administration du calomel qui a produit tout l'effet désiré. Si celui-ci était dépassé, s'il y avait gonflement très-grand de la bouche, ébranlement des gencives, on prescrirait des gargarismes alumineux ; on toucherait les parties malades avec un mélange de miel et d'acide chlorhydrique ou avec le nitrate d'argent ; on mettrait même, au besoin, des sangsues autour des mâchoires. Mais en prenant ses précautions, on n'a guère à redouter de pareils accidents : M. Velpeau, qui a fait saliver pour sa part plus d'un millier de malades en quinze ans, ne les a jamais observés.

Le calomel à doses fractionnées est le moyen qu'il convient le plus ordinairement d'employer. Il est cependant des cas où la salivation s'établit en pure perte, et ces cas, chose singulière, sont précisément ceux dans lesquels l'ophthalmie est de nature syphilitique, ce qui rentrerait dans l'opinion que nous avons entendu émettre par M. le professeur Cloquet, que « le calomel est un pauvre spécifique de l'affection vénérienne. » M. Velpeau a bien des fois remarqué que l'ophthalmie qui se rattache à un principe syphilitique résiste presque toujours au calomel. Dans le même temps qu'il traitait la femme citée ci-dessus, il traitait également par le calomel un homme affecté d'iritis. La salivation abondante chez ces deux malades procura promptement la résolution de l'ophthalmie chez la femme et fut sans effet chez le second. Cette différence de résultats, jointe à quelques indices d'infection syphilitique chez ce

dernier, fit changer la méthode de traitement. M. Velpeau prescrivit à cet homme 1 centigramme de proto-iodure de mercure, joint à 1 décigramme de thridace, à prendre deux fois par jour. Quinze jours de l'emploi de cette nouvelle médication suffirent pour dissiper l'iritis. On lui conseilla, d'ailleurs, lors de sa sortie de l'hôpital, de continuer quelque temps encore l'usage du proto-iodure de mercure pour éviter les accidents consécutifs.

Nous ajouterons, pour mémoire, qu'un de nos compatriotes, M. Heylen (de Herenthals), a proposé de provoquer artificiellement la salivation avant d'aiguiller la cataracte, comme moyen prophylactique des ophthalmies qui ruinent si souvent les résultats de cette opération (voir *Annales d'Oculistique*, vol. XVII, p. 115, vol. XVIII, p. 244).

Résultats d'une mission ophthalmologique; par M. Van Roosbroeck. — Dans une lettre adressée à M. le docteur Hubert-Valleroux, M. Van Roosbroeck expose qu'il a reçu de M. le ministre de la justice (M. d'Anethan) la mission de se rendre successivement dans les chefs-lieux de canton de quelques provinces, où il a convoqué, par voie de MM. les bourgmestres des communes, les indigents aveugles.

Nous laisserons parler M. Van Roosbroeck :

« J'examine, dit-il, tous les aveugles qui se rendent à mon appel; je prépare ceux que je considère comme susceptibles de guérison ou d'amélioration, et je les opère sur les lieux mêmes. Après l'opération je suis obligé d'abandonner ces opérés aux soins des médecins de l'endroit, auxquels je donne les instructions nécessaires. Ce mode d'agir est très-défavorable pour le succès des opérations, car tous les médecins ne sont pas aptes et n'ont pas toujours le temps pour soigner convenablement les opérés. Malgré cette fâcheuse circonstance que je ne puis pas éviter, et quoique la plupart des malades aient été opérés dans leur propre habitation, où il était impossible de les garantir contre une foule d'influences funestes, je pense cependant que les résultats que j'ai obtenus sont de nature à satisfaire. En effet, pendant les années 1845 et 1846, j'ai soigné 170 aveugles indigents :

» Sur ce nombre il y avait 7 cas de cataracte et 5 de pupille artificielle qui, à cause de différentes complications, n'offraient à mes yeux aucun espoir de succès. Malgré cela ils ont été opérés, en partie pour notre propre instruction et celle des confrères qui étaient présents, et en partie par la considération que les malades n'avaient rien à perdre.

» 158 ont donc été entrepris avec toutes les chances de succès, sauf celles qui dépendent des soins consécutifs à l'opération.

» 107 individus étaient atteints de cataracte.

» 38 étaient susceptibles d'être opérés de la pupille artificielle, et 13 étaient atteints de pannus sur les cornées.

» Des 107 qui ont été opérés de la cataracte, 10 sont restés sans résultat. Chez 2, l'œil opéré s'est perdu par suite d'ophthalmitis ou phlegmon de l'œil. Chez 4, il s'est développé une inflammation de l'iris qui a laissé après elle des fausses membranes dans la pupille. Chez 3, cet accident est survenu pendant les quatre premiers jours après l'opération. Chez 1, la vue est restée bonne pendant près de trois mois. Ce n'est qu'à cette époque que l'iritis est survenue. Chez 3, il reste des cataractes secondaires assez prononcées pour mettre obstacle à la vision, et qui devront être opérées de nouveau. Chez 1, qui n'a été opéré que d'un œil, la vue s'était très-bien rétablie, mais quinze jours après l'opération la vue a commencé à se troubler, la pupille s'est dilatée outre mesure, et après quelques semaines la vision s'est perdue complétement par amaurose.

» Chez 4 autres, où l'opération avait été pratiquée aux deux yeux, un œil a été perdu, mais la vue de l'autre œil s'est très-bien conservée, de manière que sur les 107 il y en a 97 qui ont recouvré la vue.

» Des 38 pupilles artificielles qui ont été pratiquées, 2 seulement ont offert des accidents, et encore ne sont-ce que des accidents auxquels il y a remède; il n'y a pas eu une seule fois destruction de l'organe. Dans les deux cas que je viens de mentionner, la cornée, qui était légèrement malade au moment de l'opération, s'est troublée davantage; un pannus s'est développé au devant de la pupille.

» Chez un troisième, pendant l'opération de la pupille artificielle, il a été reconnu qu'il existait une cataracte au même œil. Cette cataracte a été opérée dans le moment même; mais elle ne s'est pas résorbée complétement, de manière que l'ouverture pratiquée dans l'iris est oblitérée par une partie opaque de la capsule du cristallin.

» Les 13 cas de pannus qui ont été traités dans des hôpitaux sont tous rétablis ou considérablement améliorés.

» Ainsi donc, sur les 158 aveugles dont j'ai entrepris le traitement avec espoir de succès, 145 ont recouvré la vue.

» En consultant mes souvenirs et quelques notes, je me rappelle avec certitude 9 aveugles de naissance que j'ai opérés depuis une dizaine d'années. (Je ne parle pas de ceux qui, par suite d'ophthalmie des nouveau-nés, sont devenus aveugles quelque temps après la naissance.) Chez tous les 9, la cécité était le résultat de cataractes molles ou liquides. Chez 6, l'opération a eu tout le succès désirable; chez 2, quoique la cataracte ait complétement disparu, la vision ne s'est pas beaucoup améliorée; elle s'est bornée à faire apercevoir les grands objets, sans qu'on puisse les distinguer ou les reconnaître. Chez 1 seul, les yeux, qui au moment de l'opération étaient petits et mous, se sont presque entièrement atrophiés dans la suite. C'est le seul accident qui se soit présenté chez ces 9 aveugles de naissance. »

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.

Traitement de l'amaurose congestive. — Applications de sangsues pratiquées sur les paupières, dans les ophthalmies. — Nature de la photophobie; par M. Gerdy. — Deux jeunes gens souffraient depuis plusieurs années d'amaurose congestive incomplète; l'organe de

l'audition souffrait aussi par suite de la congestion générale de la tête. Deux saignées du bras ont été faites à de courts intervalles; on y a joint des applications de ventouses scarifiées derrière les oreilles, de manière à extraire chaque fois et de chaque côté deux palettes de sang. Les dérivatifs ont été joints à ces moyens et un résultat très-satisfaisant et assez prompt a été obtenu.

M. Gerdy combat l'élément inflammatoire, dans les ophthalmies, par des applications de sangsues faites sur les paupières; il ne partage nullement l'avis des médecins qui craignent qu'en agissant ainsi on ne détermine l'œdème des voiles palpébraux, et quelquefois l'apparition d'accidents redoutables. « Ces accidents n'arrivent pas » deux fois sur cent, dit M. Gerdy; et quant à l'œdème, il suffit de » prévenir les malades qu'il peut se développer, mais qu'il se » dissipera en quelques jours, ce qui arrive effectivement. »

Pour M. Gerdy, la *photophobie* « n'est pas autre chose que le » résultat de la congestion de la rétine, qui, située dans le voisinage » des tissus irrités, participe le plus souvent à cette irritation et » devient dans certains cas d'une extrême sensibilité. »

Journaux russes.

Vermischte Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellschaft practischer Aerzte in Sint-Petersburg.

Cinquième Compte rendu de l'Institut ophthalmique privé de Saint-Pétersbourg; par le docteur W. Lerche. — Ce compte rendu comprend cinq années — du 1er mai 1841, au 1er mai 1846; — sa publication a précédé celle de la notice annuelle dont nous avons rendu compte dans notre volume XVIII, p. 59. — Le nombre des malades qui sont venus réclamer les soins de M. Lerche pendant le cours de cinq années, s'est élevé à 32,148 dont 21,186 du sexe masculin, 10,962 du sexe féminin. Il a été fait 2,924 opérations de chirurgie oculaire, parmi lesquelles on distingue : 1 extirpation du globe oculaire; 1 extirpation d'un hygrôme de l'orbite; 12 formations de pupille artificielle; 204 opérations de cataracte pratiquées sur 105 individus (63 mâles, 42 femelles) et 150 yeux.

L'extraction a eu lieu 20 fois (par section inférieure de la cornée). la dépression 20 fois, le brisement 142 fois sur 91 yeux; l'opération a été tentée à l'aide du galvanisme 12 fois sur 9 yeux. — Un cristallin calcaire a été extrait de la chambre antérieure à travers

une incision du segment inférieur de la cornée. Il a aussi été pratiqué 20 strabotomies, 1 extirpation d'une excroissance polypeuse de la conjonctive, diverses opérations d'ankyloblépharon avec blépharoplastie (selon la méthode de M. d'Ammon), diverses ténotomies, plusieurs blépharoplasties (d'après le procédé de Dieffenbach), etc.

La ligature palpébrale (voir *Annales d'Oculistique*, vol. X, p. 281) a été appliquée 196 fois avec un résultat très-favorable dans des ophthalmies chroniques avec état fongueux des conjonctives, dans la kératite chronique, dans des photophobies et des blépharospasmes de longue durée, dans des relaxations considérables de la peau palpébrale, etc.

Nous avons fait connaître, dans notre volume XVIII, p. 285, la mort de M. Lerche; nous ignorons qui lui a succédé dans la direction de l'Institut ophthalmique qu'il avait fondé et dont il a fait le service pendant près d'un quart de siècle.

Journaux hollandais.

Nederlandsch Lancet.

Sur un cas d'ophthalmie gonorrhoïque; par M. Snabilié. — Le transport direct de la matière de la blennorrhée urétrale ne pouvait être accusé d'avoir occasionné la blennorrhée oculaire, que l'auteur crut, avec raison, devoir considérer comme étant de nature dite *métastatique*. L'ophthalmie avait envahi les deux yeux, et se présentait avec un cortége de symptômes effrayants; une saignée, suivie de la cautérisation avec le nitrate d'argent, réussit à la juguler.

Nous ne suivrons pas M. Snabilié dans les détails de l'observation remarquable qu'il fait connaître; nous dirons seulement qu'il a l'habitude de pratiquer une évacuation sanguine après la cautérisation, et que si dans ce cas il n'a cautérisé qu'après avoir saigné, c'est parce qu'il existait une forte réaction encéphalique. Nos lecteurs connaissent les préceptes qui guident ce savant chirurgien (voir *Annales d'Oculistique*, vol. XVI, p. 303), qui professe qu'il est convenable de chercher à rappeler l'écoulement urétral lorsque l'ophthalmie est ou paraît être due à sa suppression.

Opération de cataracte suivant la méthode de Pauli; par M. Van Wageninge, de Rotterdam.—L'auteur donne une analyse détaillée

de l'ouvrage publié en 1838 par le docteur Pauli (de Landau), ouvrage que M. Stœber a fait connaître à nos lecteurs quelques mois après sa publication (voir *Annales d'Oculistique*, vol. II, p. 264). M. Van Wageninge fait suivre cette analyse de la relation d'un fait dans lequel il a employé avec succès la méthode opératoire de M. Pauli (le *soulèvement de la cataracte*), qui a aussi été mise en usage par M. Hervez de Chégoin (*Ann. d'Ocul.*, vol. XIII, p. 87).

Journaux anglais.

Edinburgh monthly Journal of medical Science.

Tétanos mortel, suite d'une blessure de la cornée; par M. Pollock. — Un homme de 33 ans reçut un coup de fouet qui lui occasionna un blessure avec lacération de la cornée. Cette membrane fut complétement divisée sans qu'il survînt toutefois de prolapsus de l'iris. Une violente inflammation surgit, et le matin du sixième jour, M. Pollock remarqua des symptômes tétaniques; le neuvième jour le trismus était complet et le tétanos général survint. La mort eut lieu le dixième jour, après une suppuration abondante de l'œil.

Amaurose survenue pendant huit grossesses successives; par M. Santesson. — « Une femme faible et délicate (épouse d'un pharmacien de Wadstena, village de la Suède) a été atteinte d'amaurose complète des deux yeux, pendant les cinq derniers mois de huit grossesses successives et dans un laps de dix années. Après chaque délivrance elle récupérait complétement la vue; mais chaque grossesse la rendait de plus en plus faible, et elle tardait davantage à se remettre. Pour ce qui est de l'amaurose elle mit chaque fois plus de temps à disparaître. Dans les premières grossesses, la vue se rétablissait une semaine après l'accouchement; mais lors des dernières délivrances il se passa un mois avant que le retour de la vision fût complet. »

Nous devons avertir que nous venons de reproduire intégralement la note communiquée par M. Santesson à la rédaction du journal d'Edimbourg.

Urée dans l'humeur vitrée de l'œil; par M. E. Milton. — L'humeur vitrée du bœuf contient 1,68 p. % de substances solides.

Parmi celles-ci, Berzelius a reconnu le sel commun, une certaine quantité d'albumine et une matière soluble dans l'eau ; l'auteur y a observé l'urée dans une proportion qui n'est pas au-dessous de 20 à 25 p. °/₀ du résidu sec. L'humeur vitrée chez l'homme et le chien offre la même composition que chez le bœuf; l'auteur la considère comme ne contenant rien autre que du sel ordinaire et de l'urée. L'humeur aqueuse renferme aussi les mêmes substances.

Dublin medical Press.

Fracture de l'orbite occasionnée par un porte-crayon; observation communiquée à la Société pathologique de Londres par M. Hughes Hewett. — Une petite fille de deux ans fit une chute, et un porte-crayon qu'elle tenait à la main pénétra dans l'orbite du côté droit, après avoir traversé la paupière au-dessous de l'arcade orbitaire. L'œil paraissait avoir été complétement épargné. Il fallut de grands efforts pour arracher le porte-crayon, qui avait pénétré de 2 pouces environ. Des fomentations résolutives furent appliquées et après 24 heures la plaie était cicatrisée. — L'enfant mangea avec grand appétit et dormit bien le jour de l'accident. Le lendemain matin, le médecin de la maison la vit pour la première fois ; il la trouva assoupie : il fit appliquer une sangsue à la tempe et il prescrivit le calomel à la dose de 1 grain 4 fois par jour. — Dans le cours du troisième jour il survint des mouvements convulsifs des muscles de la face et des membres, suivis bientôt de la perte du sentiment, de la vue et de l'ouïe.

C'est le quatrième jour que M. Hewett fut appelé. L'enfant était couchée sur le dos, et, en apparence, fort calme; l'œil droit était ecchymosé et recouvert par les paupières, d'entre lesquelles il se faisait un suintement muco-purulent; de temps à autre, il se manifestait quelques mouvements cloniques des doigts et des mains, on entendait quelques soupirs et un bruit particulier produit par le mouvement de la langue entre les lèvres ; il y avait commencement de coma. — On cessa le calomel qui avait occasionné un certain degré de diarrhée. — La pupille gauche était contractile, mais elle paraissait agir indépendamment du stimulus de la lumière; elle se contractait lorsqu'on écartait subitement les paupières. — La joue gauche était rouge et tuméfiée; il y avait de la fièvre vers le soir.

Le cinquième jour. Même état. Diarrhée continuelle. Gonflement des deux joues.

Le sixième jour. Le facies est devenu cadavérique. Il y a eu des mouvements convulsifs, de la carphologie, cris au moindre attouchement.

Vers le soir, il survient du trismus, de la toux; la déglutition et la respiration deviennent difficiles; les mouvements convulsifs continuent et s'accompagnent de contracture des doigts.

Quelques heures avant la mort, survenue le matin du septième jour, on écarta les paupières et l'on put reconnaître que l'œil droit était intact et que ses mouvements s'harmoniaient avec ceux de l'œil gauche.

La tête seule fut examinée. L'arachnoïde était saine, mais au-dessous d'elle, existait un épanchement considérable d'un liquide vert-jaunâtre, mêlé de sérosité, remplissant tous les sillons et recouvrant les hémisphères. On pouvait aisément détacher l'arachnoïde. — Il n'y avait pas d'épanchement à la base du cerveau. — La substance cérébrale n'offrait rien de particulier. — Pas d'épanchement dans les ventricules. — En soulevant le lobe antérieur du cerveau en rapport avec la voûte orbitaire, on trouva à sa surface inférieure la substance cérébrale ramollie, lacérée et pulpeuse. Un examen plus attentif y fit découvrir une petite cavité formant les parois d'un abcès. — Il existait une fracture de la voûte de l'orbite, et une fissure s'étendant fort au loin en arrière; les deux fragments de la fracture étaient maintenus en place par la dure-mère et le périoste de l'orbite. En comprimant le globe de l'œil on faisait refluer le pus de l'orbite dans la cavité crânienne. La fissure avait environ 1 ligne de largeur; mais il est probable qu'elle avait été plus considérable et que l'extraction du porte-crayon avait produit le rapprochement des fragments osseux.

Journaux brésiliens.

Archivo medico brasileiro.

(1844-45. 1845-46. 1846-47).

Les travaux suivants sont les seuls que nous trouvions dans les numéros que nous avons sous les yeux :

1° *Inconvénients de l'addition du laudanum ou de toute autre préparation opiacée dans les collyres avec les sels de zinc, de plomb, de*

cuivre, d'argent, etc.; par M. J. V. Torres Homem. — Note destinée à faire connaître les recherches de M. Cunier sur cet objet. (Voir *Annales d'Oculistique*, vol. X, p. 264).

2° *Opération du strabisme. Réflexions sur la grande confiance qu'elle doit inspirer*; par M. R. J. H. Lobo. — Ces considérations, dues à M. Velpeau, sont empruntées à la *Gazette des Hôpitaux*. M. Lobo fait la remarque que l'on n'a observé que fort peu d'accidents à la suite de la strabotomie : deux faits qu'il cite méritent d'être connus. Il s'agit de deux individus qui étaient atteints de gonorrhée aiguë et chez lesquels il s'est manifesté, immédiatement après l'opération, une ophthalmie suraiguë qui a détruit l'œil opéré.

3° *De l'emploi de quelques préparations du cyanogène dans le traitement de certaines maladies des yeux*; par M. J. V. Torres Homem. — Simple extrait du mémoire publié par M. Cunier (*Annales d'Oculistique*, vol. X, p. 62).

4° *Dangers de quelques collyres mal formulés*; par M. Ezequiel Corrêa dos Santos. — Sous ce titre l'auteur fait connaître l'analyse du mémoire de M. Cunier, cité ci-dessus, publiée par M. Caffe dans la *Gazette des Hôpitaux*.

5° *Ouvrages ophthalmologiques publiés à Rio de Janeiro.* — En voici la liste, extraite des bulletins bibliographiques de l'*Archivo* :

Dissertaçaõ sobre a operaçâo da pupilla artificial ou a coremorphose, precedida de breves consideraçôes anatomico-pathologicas a'cerca de algumas partes do olho. These sustentada pedante à Facultade de Medicina do Rio de Janeiro por Joao Dias Ferreira da Luz, natural da cidade de Campanha (Minas Geraes), doutor en Medicina. — Rio de Janeiro, Paulo Brito, 1844.

Da keratite superficial, interstitial, e profunda. These apresentada à facultade de Medic. do Rio de Janeiro por Jose Mazzini, M. D., para verificaçâo de seu diploma. — Rio de Janeiro, Laemmert, 1845.

Il faut ajouter à cette liste la thèse de M. Bento José Martins, que nous avons annoncée déjà dans notre volume XVI, p. 62.

Annaes de Medicina brasiliense. Jornal da Academia imperial de Medicina do Rio de Janeiro.

Névralgie supra-orbitaire périodique; par le docteur M. J. Barbosa. — Tel est le titre du seul travail se rapportant à notre spécialité que l'on rencontre dans les numéros que nous avons reçus (la 2e année, et les 4 premiers numéros de la 3e). Le fait relaté a été communiqué à l'auteur par M. le docteur Martin de Nîmes. Il s'agit d'un homme ro-

buste, âgé de 28 ans, atteint depuis l'âge de 10 ans d'une névralgie sus-orbitaire reparaissant à des intervalles fixes ; les accès se reproduisaient de 5 heures du matin à midi, pendant huit jours ; survenus avec le renouvellement de lune, il se reproduisaient à la même époque le mois suivant.—La lumière ne pouvait alors être supportée, il existait une forte contraction des muscles des paupières et du front, de la douleur, de la chaleur, accélération du pouls, etc., etc. — Le dernier jour de l'accès il se manifestait un état tétanique général qui s'évanouissait complétement après une heure de durée. — Le sulfate de quinine arrêta les accès dès le second jour de leur manifestation. L'auteur ne fait pas connaître si la guérison a été définitive.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

On the Cure of Cataract, with a Practical Summary of the best Modes of Operating (Continental and British). By Hugh Neill, Surgeon to the Liverpool Eye and Ear Infirmary. — Liverpool, 1848, 8°, pp. 224.

Nous lisons, p. 2 de la préface, que l'auteur s'est surtout proposé de faire connaître les méthodes opératoires adoptées par les oculistes éminents du continent. C'est de M. Desmarres qu'il s'occupe principalement ; mais il a tellement réussi à entremêler ses opinions avec celles de l'oculiste parisien, qu'à moins de connaître bien particulièrement le livre de ce dernier, il est impossible de distinguer ce qui lui appartient. Il en résultera naturellement que beaucoup de lecteurs ne manqueront pas d'attribuer à M. Desmarres quelques-unes des conceptions plus ou moins bizarres du chirurgien de l'Infirmerie ophthalmique de Liverpool.

M. Neill se livre à une assez longue dissertation sur la valeur relative de l'extraction et de la réclinaison. Il accorde la préférence la plus absolue à cette dernière méthode. Un des arguments par lesquels il combat l'extraction nous a paru assez drôlement produit : Pour acquérir l'expérience nécessaire pour pratiquer cette opération, un chirurgien, dit-il, doit commencer par crever assez d'yeux pour en remplir un chapeau (*putting out a hatful of eyes*) ! ! !

L'auteur ne se borne pas à professer une préférence exclusive pour la réclinaison ; il a aussi un procédé opératoire qui lui appartient et qu'il met en usage dans tous les cas. Nous ferons grâce au

lecteur de la description de ce procédé, qui n'a d'original que la forme pittoresque sous laquelle il est exposé.

Le volume est terminé par des *Remarques succinctes sur l'inhalation et l'usage de l'éther et du chloroforme.* Nous y avons vainement cherché quelque remarque relative à l'usage de ces agents anesthésiques, soit dans l'opération de la cataracte, soit, au moins, dans les autres opérations de chirurgie oculaire.

M. Neill dirige un service oculistique important, qui offre un vaste champ à l'observation; il lui eût été aisé de nous donner un travail plus important, et surtout mieux écrit et mieux digéré. Nous formons des vœux pour qu'il efface bientôt, par une nouvelle publication, le fâcheux effet que ne manquera pas de produire le volume auquel est consacrée notre notice. E. J.

Bulletin bibliographique.

SIGMUND A. J. SCHNEIDER.—*Die Kopfverletzungen in medizinisch-gerichtlicher Hinsicht.*—Stuttgart, Steinkopf, 1848, 8° pp. VIII-229.

(La Société de médecine légale du grand-duché de Bade avait proposé pour sujet de prix un exposé bref et succinct des blessures de tête, au point de vue médico-légal. Le mémoire que publie aujourd'hui M. Schneider a été couronné. — Nous avons lu avec un vif intérêt tout ce qui est relatif aux blessures de l'œil et de ses annexes; l'auteur a traité avec un soin tout particulier cette partie de son travail. C'est ici le lieu de dire qu'aucun des auteurs des nombreux traités d'ophthalmologie que nous possédons, ne s'occupe du sujet que M. Schneider vient d'aborder. B.)

JOBARD. — *De la mémoire des yeux appliquée à l'art du dessin.* Bruxelles, imprimerie des Beaux-Arts, 1848, 8° pp. 16.

MENDES DA CUNHA (José Maria). — *Relation d'un voyage médical en Belgique, en Hollande et en France.* Coïmbre, Typographie de l'Université, 1848, 8° pp. 388, avec 3 planches lithographiées et 9 figures sur bois intercalées dans le texte.

SNABILIÉ. — *Waarnemingen en Mededeelingen uit het gebied der Oogheelkunde.* La Haye, 1848, 8° p. 24

(Extrait de la *Nederlandsch Lancet.*)

Chronique.

LIÉGE. — Un nouveau dispensaire ophthalmique vient d'être ouvert à Liége; il est dirigé par M. le docteur BORLÉE, ancien interne et ex-chef de la clinique chirurgicale et des maladies des yeux à l'hôpital civil de Bavière. Liége possé-

dait déjà deux établissements destinés à soigner les indigents et les ouvriers atteints de maux d'yeux, à savoir : la division de la clinique chirurgicale (hôpital de Bavière) spécialement destinée aux ophthalmiques, et confiée à M. Nicolas Ansiaux, professeur d'ophthalmologie clinique à l'Université ; le dispensaire ophthalmique de M. Jules Ansiaux. Nos lecteurs ont été mis à même d'apprécier, par les rapports de MM. Ansiaux, publiés dans nos *Annales*, les services rendus par les deux institutions qu'ils dirigent.

Paris. — L'ophthalmie purulente règne à l'Hôtel-Dieu. Presque tous les enfants nés depuis quelque temps dans les salles de M. Guérard ont été atteints de cette maladie. (M. Guérard a en ce moment une trentaine de femmes en couches.) La propreté à l'eau fraîche et le collyre de nitrate d'argent de la force et 1/60 (50 centigrammes sur 30 grammes d'eau) en ont fait justice. Aucun n'a perdu la vue ; tous ont guéri franchement. (*Annales de Thérapeutique*.)

Petite correspondance.

M. Mazade, à Anduze. — Reçu votre envoi. Je vous écrirai sous peu de jours.

Reçu les lettres et envois de MM. Bihard, Droste (d'Osnabrück), Jans, Wilde (de Dublin).

Le *Nouvelliste médical* du 24 ne nous est point parvenu.

Sommaire.

Imprimerie de F. Marchal, 96, rue de Ruysbroeck.

ANNALES
D'OCULISTIQUE
PUBLIÉES
Par le docteur FLORENT CUNIER.

Tome XX. — 4e série. Tome 2e. — 6e et 7e livraisons.
15 ET 31 OCTOBRE 1848.

TRAVAUX ORIGINAUX.

OBSERVATIONS D'OPHTHALMIE INTERMITTENTE;

Par J. MAZADE, D. M. P.,
Médecin-praticien à Anduze (Gard).

Parmi les inflammations externes qui affectent une marche périodique, celle de la conjonctive a été signalée comme une des plus fréquentes.

C'est là un fait d'observation incontestable.

Mais, sous cette forme, la phlogose oculaire ne diffère-t-elle pas, sous le rapport de la symptomatologie et sous celui des caractères anatomiques, de ce qu'elle est dans l'état aigu et continu? En effet, les douleurs vives qui l'accompagnent alors ne s'accordent nullement avec le peu de gravité de l'état phlegmasique de la conjonctive.

Cette différence de caractères ne devrait-elle pas porter à penser que sous la forme périodique, cette phlogose serait une des expressions ou plutôt le résultat d'une névralgie.

L'expérience seule peut fournir les éléments d'une telle interprétation.

Si nous analysons les exemples assez nombreux d'ophthalmie intermittente qui se trouvent dans les annales de la science, et surtout ceux qui ont été recueillis par des observateurs aussi éminents que Boehm, Hoffmann, Van Swieten, Storck, Stoll, Janin, Rosenstein, Fallot, Dubreuil, etc., etc., il nous sera facile de reconnaître que la plupart de ces exemples témoignent qu'il existait simultanément une névralgie, et que l'affection nerveuse qui jouait le principal rôle, au point de vue de l'intensité, se développait le plus ordinairement avant l'apparition de la phlegmasie oculaire.

A ces témoignages, je joindrai des faits de ma propre observation. Quoique peu nombreux, ils me paraissent renfermer une semblable conclusion.

Celui que je rapporterai le premier offrira surtout un indice remarquable de l'influence d'une névralgie faciale sur le développement d'une conjonctivite des plus intenses.

Une remarque qu'il me semble utile de rappeler ici, c'est que les observations que renferme ce travail ont été recueillies sous le règne d'une constitution médicale caractérisée par l'existence d'un grand nombre de fièvres intermittentes, et en même temps par la forme périodique que revêtaient plusieurs autres affections et particulièrement celles qui appartenaient au système nerveux.

Considéré encore à ce dernier point de vue, ce travail ne serait en quelque sorte que la continuation de celui que j'adressai, en 1841, à la Société de médecine de Paris, et qui fut imprimé par décision de cette société dans le tome III de la *Revue médicale*, année 1841, et d'un autre plus récent, présenté à l'Académie de médecine de Paris, et sur lequel M. le docteur Bricheteau a fait, dans le mois de mars dernier, un rapport favorable.

OBS. I. — B***, âgé de 48 ans, d'une constitution forte et pléthorique, éprouva, dans le mois de décembre 1846, et pendant la convalescence d'une pleuro-pneumonie, des douleurs violentes dans le côté droit du maxillaire inférieur.

Ces douleurs, caractérisées par des élancements vifs, instantanés, éclataient d'abord sur le trajet du nerf dentaire inférieur; elles s'irradiaient bientôt à la lèvre inférieure et à tout le côté correspondant de la face. Elles se reproduisaient fréquemment et par paroxysmes irréguliers.

Le quatrième jour de leur invasion, la conjonctive de l'œil droit rougit; il y eut de la photophobie et du larmoiement.

Les jours suivants, la phlogose oculaire augmenta d'intensité; la conjonctive se gonfla, prit une teinte écarlate et s'éleva en forme de bourrelet autour de la cornée, qui perdit une partie de sa transparence.

Cependant, la même irrégularité et la même fréquence persistaient dans le retour des douleurs maxillaires et faciales.

En même temps, l'œil gauche présentait une légère injection; sa sensibilité à l'action de la lumière s'était notablement accrue et une réaction générale était survenue.

Il y avait six jours que ces douleurs faciales et cette phlegmasie oculaire coexistaient, lorsque les accès névralgiques se régularisèrent et se développèrent avec une plus grande intensité. Alors ils n'apparurent qu'une seule fois par jour. Ils débutaient dès le point du jour, et duraient de trois à quatre heures. Un refroidissement notable des extrémités inférieures annonçait leur retour. Mais aucune trace de moiteur n'en marquait le déclin.

Pendant les paroxysmes de douleur, la face était fortement colorée. Le malade éprouvait une céphalalgie sus-orbitaire intense, des élancements très-aigus dans l'orbite, et un mouvement fébrile très-prononcé. La rougeur, la turgescence de la conjonctive et la sensibilité de la rétine s'accroissaient d'une manière très-manifeste.

Dans l'intervalle de ces paroxysmes, la phlegmasie de l'œil droit, quoique

conservant un haut degré d'intensité, subissait néanmoins une notable diminution, surtout sous le rapport de la photophobie.

L'état morbide de l'œil gauche, qui ne dépassa jamais les limites du premier degré de l'inflammation, offrit aussi les mêmes alternatives d'augmentation et de réduction.

Des saignées générales et locales; des pilules de Méglin ; du calomel ; des gargarismes calmants; des collyres avec une solution d'azotate d'argent, etc., avaien été inutilement employés.

Après avoir constaté pendant trois jours une périodicité régulière dans le retour des attaques névralgiques, et considérant l'affection oculaire comme placée ;sous leur dépendance, j'adoptai pour unique méthode de traitement l'emploi du sulfate de quinine.

Un gramme et demi de ce sel fut administré en pilules.

L'accès nerveux suivant fut moins intense et moins long. Nulle modification ne s'opéra dans l'état des yeux.

La même médication fut encore continuée pendant deux jours.

Il n'y eut plus de nouveaux accès. Immédiatement après leur cessation, la phlogose oculaire du côté droit perdit rapidement son intensité. — Dès le troisième jour, et sans qu'aucun traitement actif lui fût opposé, elle ne consistait qu'en une simple injection de la conjonctive et une légère susceptibilité de la rétine à l'action de la lumière. Le cinquième jour, on n'observait plus de traces de son existence.

Quant à l'affection de l'œil gauche, elle disparut presqu'en même temps que la névralgie maxillaire.

Les deux ordres de phénomènes morbides que nous présente cette observation ont chacun un siége et un mode d'expression bien distincts.

Ils traduisent d'une manière bien évidente l'existence simultanée d'une névralgie faciale et d'une inflammation oculaire.

Les désordres nerveux apparurent les premiers ; d'abord irréguliers et très-fréquents dans leur retour, ils s'assujettirent ensuite à une progression invariablement périodique jusqu'à leur complète disparition.

Quelques jours après leur invasion, une ophthalmie vint les compliquer. Cette phlegmasie s'éleva rapidement au degré de chémosis. Elle s'exaspérait, il est vrai, au milieu des paroxysmes névralgiques, mais elle conserva constamment une marche continue et une grande intensité.

Une médication identique triompha également de l'une et de l'autre de ces affections. Cependant, la résolution de la conjonctivite ne s'opéra qu'après la cessation de tout phénomène nerveux.

Il suffit d'indiquer la succession et la coexistence de ces diverses circonstances, pour constater non des faits de simple coïncidence, mais un témoignage précieux de l'action que peut exercer une né-

névralgie faciale sur le développement d'une phlegmasie oculaire.

Obs. II.—Madame L..., âgée de 29 ans, et douée d'une constitution délicate et nerveuse, me consulta dans le mois de septembre 1845, pour une ophthalmie qui datait de huit jours et que caractérisaient une rougeur vive, uniforme et générale de la conjonctive, une photophobie intense et une sécrétion abondante de larmes âcres et brûlantes.

Elle me rapporta que cette affection, qui n'occupait que l'œil droit, reparaissait régulièrement tous les matins, qu'au bout de quelques heures elle parvenait à son summum d'intensité et qu'ensuite elle se dissipait en très-grande partie.

Pour vérifier son témoignage, je revis la malade dans l'après-midi. En effet, l'œil ne présentait plus alors que des phénomènes très-peu prononcés de congestion sanguine et d'impressionnabilité à la lumière.

Pendant deux jours et aux mêmes heures, les signes d'une véritable ophthalmie se reproduisirent. Ils s'accompagnaient de douleurs frontales peu vives, et que la malade n'avait pas indiquées jusqu'au moment où je l'interrogeai à ce sujet, parce qu'elle les rapportait à l'affection oculaire. Ces douleurs prenaient leur origine vers le trou sus-orbitaire; de là elles se propageaient à l'orbite et au front.

Il ne restait plus alors de doute ni sur la coexistence d'une névralgie sus-orbitaire, ni sur le caractère intermittent que présentaient les symptômes que nous observions.

Un gramme et demi de sulfate de quinine fut prescrit.

La même scène de phénomènes morbides se renouvela le lendemain, avec la même intensité.

Ce ne fut que le quatrième jour de l'emploi de cette médication spéciale, et après s'être montrés progressivement moins intenses, que tous les symptômes cessèrent définitivement.

Une conjonctivite était ici l'affection prédominante. Les douleurs névralgiques qui s'y associaient furent toujours si peu saillantes, qu'il fallut provoquer et diriger l'attention de la malade pour en constater l'existence; sans cette espèce d'exploration, elles seraient passées probablement inaperçues, et les signes de phlegmasie que l'œil présentait momentanément auraient été considérés comme l'expression d'une ophthalmie exempte de toute complication et franchement intermittente.

Obs. III.—Un homme de la campagne, âgé de 30 ans, d'une constitution forte et d'un caractère violent, était sujet à des douleurs sus-orbitaires fréquentes et très-vives, qui ne revenaient que d'une manière irrégulière, et que de larges saignées faisaient ordinairement disparaître.

Dans le mois d'avril de cette année, ces douleurs se manifestèrent avec une grande intensité, sans symptômes précurseurs, et périodiquement vers le milieu du jour. Elles avaient leur point de départ dans le sourcil gauche; de là, elles s'irradiaient, sous forme d'élancements très-aigus et très-rapides, au front, à la

tempe et à l'intérieur de l'orbite. Alors, il survenait une coloration vive de la face, une céphalalgie intense. La conjonctive de l'œil gauche devenait le siége d'une injection prononcée, mais qui laissait apercevoir en quelques points la teinte blanche de la sclérotique.

La rétine était péniblement impressionnée par les plus faibles rayons de lumière.

Après quelques heures de durée, et en même temps qu'une sueur abondante se déclarait, les douleurs névralgiques, l'injection de la conjonctive et l'excès de sensibilité de la rétine se dissipaient complétement.

Depuis cinq jours, ces symptômes se reproduisaient avec une constante régularité tous les jours et aux mêmes heures.

Deux saignées copieuses avaient été pratiquées; elles n'avaient exercé de l'influence sur aucun des phénomènes qui caractérisaient la maladie.

Un gramme et cinquante centigrammes de sulfate de quinine furent administrés.

Les souffrances névralgiques ne reparurent plus; mais, aux mêmes époques des accès, et pendant deux fois, il survint une photophobie intense, sans qu'il se manifestât en même temps la moindre apparence de rougeur de la conjonctive.

Une seconde dose de sulfate de quinine fit disparaître le seul symptôme qui persistait.

Les signes de phlegmasie oculaire se montrèrent ici beaucoup moins intenses que dans les observations précédentes; dans l'intervalle des accès névralgiques, ils s'effaçaient même en totalité.

La violence des douleurs frontales, la congestion sanguine active qu'elles provoquaient vers la face, étaient sans doute de nature à favoriser le développement d'une ophthalmie.

Mais pourquoi ces douleurs qui s'étaient manifestées avant cette époque avec une grande fréquence et avec une intensité aussi prononcée auraient-elles produit cette fois-ci seulement un pareil effet? Est-ce par le fait de l'intermittence? Il vaut mieux avouer que de telles conditions morbides sont tout à fait insaisissables et ignorées.

QUELQUES MOTS SUR LA CHOROIDITE,

A l'occasion d'un article du docteur Jacob (de Dublin) sur cette maladie;

Par le docteur FALLOT.

A côté de cette question, que tout ophthalmologue clinicien a dû se poser plus d'une fois : *Les indications curatives des maladies oculaires se puisent-elles uniquement dans le siége que celles-ci occupent et dans l'ensemble de symptômes avec lequel elles se présentent?* il en surgit une autre qui, sans avoir la même importance pratique, offre cependant un intérêt réel, savoir : *Les tissus*

organiques entrant dans la composition de l'œil peuvent-ils tous contracter primitivement et isolément une inflammation, et ces inflammations isolées sont-elles réconnaissables à des signes particuliers et caractéristiques?

Sans contredit, envisagée au point de vue de la théorie, cette dernière question doit être résolue affirmativement; car de ce que chacun de ces tissus a sa sensibilité et sa contractilité, et jouit, à ce titre, de sa vie propre, il doit s'ensuivre qu'il peut s'enflammer idiopathiquement et isolément, et comme il est chargé de fonctions spéciales, la conséquence rigoureuse est qu'il doit exprimer ses souffrances par des signes distinctifs. — Mais l'observation a-t-elle constaté en fait ce que le raisonnement établit en principe? — A-t-on déjà, par exemple, rencontré des sclérotites d'emblée et sans complication, et les symptômes propres à cette phlegmasie peuvent-ils être exactement tracés? — Naguère, en rendant compte, dans ce journal, de la clinique ophthalmologique de l'Université de Charkow, où plusieurs histoires de sclérotite primitive se trouvaient rapportées, j'eus l'occasion de faire remarquer le vague et l'incertitude des signes ayant servi de base à leur diagnostic (1).—N'en est-il pas de même de la choroïdite? C'est une question qui pourra paraître par trop naïve aux uns, impertinente, peut-être, à d'autres. N'en trouve-t-on pas l'histoire rapportée tout au long dans les traités d'ophthalmologie? N'y a-t-il pas de respectables autorités en faveur de l'opinion que le glaucôme, l'hydrophthalmie, l'amaurose glaucomateuse, l'ophthalmie arthritique, la cataracte verte, l'amblyopie rhumatismale, abdominale, etc., etc., décrites dans les auteurs, ne sont que de simples nuances de la choroïdite? — Mais sans arracher les pages où ces histoires sont tracées, ni manquer de respect aux autorités qui les ont écrites, n'est-il pas permis de conclure du nombre et de la diversité mêmes des symptômes qu'on donne comme l'apanage de la choroïdite, que ce n'est pas une affection isolée? Si tout symptôme exprime, en dernière analyse, la perturbation fonctionnelle d'un organe malade, de combien de fonctions différentes la choroïde ne devrait-elle pas être pourvue, si tous ceux dont on prétend que son inflammation s'accompagne lui appartenaient en propre? — Répondra-t-on qu'on pourrait en dire autant de l'iritis? Je l'admettrai volontiers, à la seule condition qu'on conviendra que la justesse de cette observation n'ôte rien à la valeur de la mienne.

(1) *Annales d'Oculistique*, vol. XVII, p. 219.

M. le docteur Jacob, de Dublin, qui vient de publier dans la *Dublin medical Press* (12 juillet) un fort bon article sur la choroïdite, semble partager mon opinion sur ce point. Tout en reconnaissant que la choroïde participe constamment aux inflammations générales du globe oculaire, il pense que le groupe de symptômes auquel les auteurs donnent le nom de choroïdite ne présente pas une maladie bornée à la choroïde seule, mais un processus désorganisateur occupant surtout la partie antérieure de l'œil, embrassant la sclérotique, la cornée, la membrane de l'humeur aqueuse et l'iris, opinion qu'il appuie sur une analyse très-détaillée et très-judicieuse de ces symptômes mêmes. Il fait remarquer que M. le docteur Mackenzie, de Glasgow, qui a le plus insisté sur l'individualité de la choroïdite, et qui a donné, dans son *Traité des Maladies des yeux* (voir traduction de MM. Laugier et Richelot. Paris, 1844, p. 393 et suiv.), une description si complète de son origine, de sa marche et de sa terminaison, est lui-même convenu implicitement de sa nature complexe, en lui imposant le nom de *sclérotico-choroïdite*.

Sans lui contester le caractère d'irritation congestive, M. Jacob pense qu'elle présente, d'avec les véritables inflammations oculaires, des différences trop essentielles pour pouvoir être confondue avec elles. Elle est moins active et ses progrès sont moins rapides, l'injection des vaisseaux débute et progresse d'une manière particulière, la rougeur qui en résulte et sur laquelle l'auteur insiste tout spécialement, parce qu'il la considère comme un des signes les plus caractéristiques — opinion que M. Mackenzie a également émise — n'est pas aussi prononcée, et n'a pas la même nuance; enfin, elle n'est pas accompagnée de douleur. Aussi est-elle plus trompeuse dans son début, plus insidieuse dans sa marche et plus propre, par là même, à endormir le médecin dans une fausse sécurité. Elle attaque avec une préférence marquée les individus faibles, valétudinaires et surtout les scrofuleux.

En fixant l'âge de 15 à 25 ans comme le plus favorable à son développement, M. le docteur Jacob est en désaccord avec les tableaux statistiques dressés par M. Von Artha (1), où, sur 55 cas, on le voit exister 42 fois chez des individus de 31 à 60 ans, et 6 fois seulement chez ceux de 10 à 30; mais son opinion y est conforme, quand il montre les femmes plus disposées à la contracter que les hommes, puisque sur les 55 cas susmentionnés on n'en trouve que 23 chez ces derniers contre 32 chez les premières.

(1) *Entwurf einer anat. Begründ. der Augenkrankheiten*, p. 169.

Partant de ces diverses données, considérant le groupe de symptômes décrits par les auteurs sous le nom de choroïdite comme étant un processus phlegmasiqne indolent, chronique, s'attaquant surtout aux constitutions affaiblies, il conclut que ce n'est que par exception, et quand des circonstances particulières en font surgir l'indication, qu'il faut avoir recours à un traitement antiphlogistique actif, et aux émissions sanguines par la lancette. Il proscrit, pour les mêmes raisons, comme méthode générale de traitement, l'emploi des mercuriaux poussé jusqu'à la salivation, celui des antimoniaux à dose élevée, et des purgatifs. Il comprend toutefois l'utilité du calomélas et du tartre stibié à petites doses, comme altérants, en combinaison avec l'iodure de potassium ou de fer et les toniques. Il ne veut pas davantage du régime débilitant, et présente sur le mécanisme de son action en général des réflexions concises pleines de vérité et d'à-propos.

Le traitement local consiste presque exclusivement, pour l'auteur, dans la paracenthèse répétée à l'aide d'une aiguille à cataracte, et du moment où le globe est considérablement augmenté de volume, qu'il devient irrégulier dans sa forme et tellement saillant qu'il empêche l'occlusion des paupières, il pense qu'il faut ou le vider ou l'extraire. On est, en effet, souvent réduit à cette dernière extrémité ; mais s'il m'était permis de me citer ici moi-même, je dirais que quelquefois on peut parvenir à s'y soustraire ou à en reculer au moins l'époque, par des ponctions répétées, suivies d'applications froides et astringentes faites avec persévérance, et d'une compression modérée et soutenue. C'est par ces moyens, dont je me suis attaché à seconder l'action par l'établissement d'un fonticule, par un régime analeptique et une médication tonique, que je conserve à la sœur d'un de nos confrères un œil qui, il y a près de cinq ans déjà, avait été condamné à l'extirpation.

L'article de M. le docteur Jacob mérite au plus haut point l'attention des médecins, non-seulement parce qu'il tend à établir une théorie originale, ingénieuse, et, autant que je sache, neuve de l'affection désigée dans les traités d'ophthalmologie sous le nom de choroïdite, mais surtout parce que l'admission de cette théorie implique une thérapeutique en quelque sorte nouvelle de cette affection. Or, c'est vers l'amélioration de la thérapeutique que tendent sans cesse les efforts de tous les vrais médecins.

QUELQUES TRAVAUX OPHTHALMOLOGIQUES ALLEMANDS TRADUITS OU ANALYSÉS;

Par le docteur F. BINARD,
Médecin de régiment au 1er cuirassiers, à Malines.

Nouvelle série.

1) *De l'iridoncus et de l'iridelcosis;* par le docteur Froebelius, de Saint-Pétersbourg (*).

L'attention de l'auteur ayant été appelée par l'ouvrage remarquable de M. d'Ammon : *Commentatio de iridite*, sur l'abcès et sur l'ulcère de l'iris, il a observé avec soin, pendant trois ans, tous les cas d'*iritis parenchymateuse* qu'il a rencontrés, afin de bien en apprécier la marche et la terminaison. Dans tous les cas, l'ulcère a toujours été la suite d'un abcès. C'est surtout dans l'*iritis syphilitique parenchymateuse* que cette terminaison a eu lieu; dans les autres espèces d'inflammation de l'iris, au contraire, telles que la rhumatismale, la scrofuleuse ou l'arthritique, l'exsudation purulente a régulièrement été résorbée pendant la durée du traitement.

Il a été, jusqu'à présent, impossible à l'auteur de reconnaître aucun signe caractéristique de la syphilis dans la forme, la disposition des bords et dans la nature de la sécrétion de cet ulcère : 1° parce que les ulcères de l'iris, selon qu'ils occupent le bord pupillaire ou se trouvent dans un autre point, prennent une forme qui varie d'après la disposition particulière et différente des fibres (1); 2° parce qu'il faut un certain nombre de faits de cette nature avant d'arriver à une conclusion satisfaisante à ce sujet.

L'auteur rapporte ensuite trois observations d'iris, ayant trait à l'objet en question; ces observations ne sont guère susceptibles d'analyse et sont d'une étendue telle qu'elles ne peuvent être reproduites ici, malgré tout l'intérêt qu'elles présentent. Les différents changements que l'iris a éprouvés pendant le cours de chaque affection, sont indiqués par des figures exécutées avec soin.

« Dans les trois cas que je viens de décrire, dit M. Fr., et dans beaucoup d'autres de même nature, j'ai aussi toujours rencontré ces exsudations de couleur brunâtre et totalement différentes de celles qu'on observe dans les cas non syphilitiques, et comme il est facile de le voir, d'après ces histoires de maladie, je les ai vues, 1° dans la membrane de Descemet, sous forme de taches arron-

(*) *Journal für Chirurgie u. Augenheilkunde*, Bd. VII, H 2.

(1) C'est au docteur Klemmer que nous devons les premières observations sur les différentes formes des ulcères de l'iris; il en a, le premier, fait mention dans sa *Dissertatio de iridoncosi*, Dresdae, 1836.

dies, de la grosseur d'une tête d'épingle, paraissant dans certains cas déposées sur la moitié postérieure de la cornée; 2° à la surface antérieure de l'iris après la résorption de l'abcès, où elles ont un aspect granuleux; et 3° sur la paroi capsulaire antérieure, dans l'iritis postérieure : il existe actuellement un cas à l'hôpital des femmes syphilitiques, dans lequel après avoir détruit l'adhérence qui existait entre l'iris et la capsule antérieure, on a pu observer une *cataracta arachnoidea*, ou, pour s'exprimer plus clairement, un anneau d'une exsudation brunâtre, arrondie. J'attache une importance spéciale à cette couleur brunâtre, comme signe pathognomonique d'une inflammation de nature syphilitique. Les points noirâtres observés dans les trois endroits que nous venons d'indiquer, ne peuvent aucunement être considérés comme des fragments de substance pigmentaire de l'uvée qui s'en serait détachée, car leur forme déterminée (ronde) et leur présence sur des parties qui ne sont pas en contact avec l'uvée, comme par exemple la membrane de Descemet, ne permettent pas d'admettre cette opinion. »

Le travail de M. Frœbelius est terminée par une note sur une espèce particulière d'exsudation de lymphe, qui passa à l'état d'ossification; cette observation est intitulée : *Exsudatum calcareum annuliforme iridis oculi sinistri.*

2) *Observation de blépharoptose spasmodique et sous-paralytique;* par le docteur Heidenreich, d'Ansbach (*).

Un journalier, âgé de 54 ans, pauvre et d'une intelligence très-bornée, d'une très-petite stature, était affecté depuis longtemps d'une blépharoptose spasmodique et sous-paralytique. Il lui arrivait souvent, disait-il, quand la température était humide et qu'il faisait du vent, de fermer les yeux malgré lui, et cela soit en pleine campagne, soit au milieu d'une route; il lui était impossible alors de les rouvrir, de sorte qu'il se trouvait pendant plusieurs heures incapable de voir et de reconnaître où il s'était arrêté. Cet état persistait pendant toute la durée de l'accès; c'est pourquoi, à certaines époques, il était obligé de rester chez lui et était tout à fait incapable de se livrer au travail.

Les paupières étaient relâchées, fortement plissées : la peau du front jusqu'à la naissance des cheveux présentait le même aspect; cette portion de peau pouvait se déplacer facilement, soit en haut, soit en bas. L'œil ne présentait aucune altération.

Les toniques, l'arnica, le quinquina, la valériane, furent employés sans succès ainsi que les lotions spiritueuses sur le front et les paupières; on appliqua et on entretint pendant longtemps des vésicatoires sur le front.

(*) *Medicinisches Correspondenzblatt baierische Aerzte*, 1847.

Les paupières furent cautérisées assez profondément avec l'acide sulfurique; il en résulta une inflammation d'une certaine durée avec gonflement, suppuration et cicatrisation de la partie; mais le tout sans résultat.

« J'ai pu observer un jour, dit M. Heidenreich, le malade dans un accès qu'il eut étant chez moi. Les deux yeux se fermèrent brusquement et il ne put les rouvrir. C'était chose curieuse que de voir le tiraillement et l'état convulsif des paupières, accompagnés des grimaces que faisait le malade avec les muscles de la face, pour tâcher d'ouvrir les yeux.

» Après avoir employé les différents moyens indiqués plus haut, sans en retirer le moindre résultat avantageux, il ne restait plus de ressource que dans une opération. Cette affection dépendait de la prédominance d'action de l'orbiculaire palpébral sur le muscle élévateur de la paupière supérieure, ce dernier ne pouvant surmonter la contraction spasmodique du premier. Deux procédés opératoires pouvaient être employés : on pouvait mettre en usage la méthode nouvelle de l'incision sous-cutanée de l'orbiculaire, afin de rendre, en détruisant ainsi la puissance de contraction de ce muscle, la force d'action qu'avait perdue l'élévateur; on pouvait aussi employer l'ancienne méthode, c'est-à-dire enlever un lambeau de la peau du front et agir ultérieurement comme on le faisait autrefois dans la blépharoptose.

» Je donnai la préférence à l'ancienne méthode, parce que l'état de relâchement et de mobilité de la peau me parut indiquer une atrophie musculaire sous-paralytique, et me fit rapporter l'affection à une exubérance de la peau. En effet, le tissu adipeux ayant complétement disparu dans cette région, la peau y formait une foule de plis pendants, ce qui ne permettait pas d'apprécier si la méthode indirecte, consistant à détruire la suprématie d'action de l'orbiculaire, eût été suffisante dans cette circonstance. »

L'œil gauche, le plus fortement attaqué, fut opéré. Au-dessus du sourcil et de la racine du nez jusqu'à la partie voisine de la tempe, l'auteur fit un pli à la peau, qu'il enleva sur une longueur de trois quarts de pouce et une largeur d'un pouce. A cet endroit, comme il l'avait supposé, il trouva le tissu musculaire atrophié, ayant presque complétement disparu; le péricrâne était altéré et meurtri; on pouvait lui imprimer certains mouvements. La plaie fut réunie au moyen de cinq points de suture, et elle fut bientôt cicatrisée.

Cette opération eut un bon résultat. L'œil récupéra la faculté de s'ouvrir à volonté, et il ne l'a pas perdue depuis. Le malade ayant été atteint, dans la suite, d'une autre affection qui ne lui permit pas de se rendre chez M. Heidenreich, celui-ci a appris par son frère que le résultat avantageux obtenu de l'opération dont il vient d'être question s'était étendu à l'autre œil.

3) *Du diagnostic et du traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés;* par le docteur Mildner, de Prague (*).

Plus de six cents observations font la base de ce travail. Pendant quatorze mois seulement des années 1844 et 1845, l'on a traité à l'hôpital des Enfants-Trouvés, à Prague, 300 enfants affectés d'ophthalmie; elle commençait ordinairement le deuxième, le cinquième, le plus souvent du sixième au neuvième jour après la naissance, et atteignait les deux yeux; elle s'est bornée à un seul œil dans 7 cas seulement. Chez 175 enfants on ne pouvait entr'ouvrir les paupières; 59 fois elle était accompagnée d'hémorrhagies qui durèrent quelquefois plusieurs jours; 105 fois sur 75 malades il y eut des troubles de la cornée avec ulcérations consécutives, et 6 fois des ulcérations de résorption; 95 fois les ulcérations perforèrent la cornée et donnèrent lieu à des hernies de l'iris, 10 fois de la dimension d'un myocéphalon et 49 fois d'une graine de melon. Dans les autres cas, la hernie était plus considérable encore.

La durée la plus courte était de six heures, la plus longue de plus de quatre mois, la plus ordinaire de dix à trente jours; la moyenne, de vingt-neuf jours.

Sur les 111 ulcérations, il y en eut 27 qui guérirent sans trouble apparent de la cornée; 22 avec de très-légères cicatrices; 5 avec de grandes cicatrices, et 2 avec cataracte capsulaire centrale antérieure. 13 enfants gardèrent des cicatrices avec difformité de la pupille sans perte de la vision; 2 avec synéchie antérieure et 11 avec clavus. La vue fut perdue sur 32 yeux chez 22 enfants; 27 fois avec phthisie du globe et 5 fois avec atrésie de la pupille. Sur les 300 enfants, 8 sortirent aveugles de l'hôpital et 2 moururent aveugles. Les maladies concomitantes les plus fréquentes étaient le catarrhe des voies respiratoires, plus fréquemment encore celui des voies alimentaires, 112; et après lui la jaunisse, 102; puis les exsudations membraneuses sur la muqueuse buccale et pharyngienne, 94; l'œdème des extrémités inférieures, 6; le sclérème du tissu cellulaire, 5; l'érysipèle ambulant, 9; l'inflammation de l'ombilic, 3; l'inflammation du péritoine, 1; la gangrène de l'ombilic, 3; les abcès aigus, 7, le céphalæmatome, 1; le gonflement des seins, 4.

37 enfants moururent: 7 de marasme au début de l'ophthalmie, 5 d'endurcissement du tissu cellulaire, 2 d'érysipèle, 2 de pyémie,

(*) *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, herausggbn von d. medic. Facultät zu Prag,* 1847, H. I. — L'analyse qu'on va lire est empruntée à la *Gazette médicale* de M. Jules Guérin.

5 de pneumonie catarrhale, 2 d'entérite catarrhale, 4 de marasme dans le courant de l'ophthalmie, 1 de péritonite, 2 de syphilis, 1 d'hydropisie et 2 d'atrophie après la guérison de l'ophthalmie.

Nous passerons les nombreux détails d'anatomie pathologique des tissus affectés.

Remarques étiologiques. — La forme *catarrhale* de l'inflammation n'est pas à méconnaître; mais il est difficile, sinon impossible, de la distinguer d'avec l'inflammation catarrhale syphilitique ou gonorrhoïque, au reste beaucoup plus rare chez les nouveau-nés qu'on ne l'avait cru autrefois. Cette inflammation catarrhale est ou bien locale, ou bien le symptôme d'une affection générale. En effet, presque tous les enfants affectés de pyophthalmie présentaient les symptômes d'une crase albumineuse du sang caractérisée par un état catarrhal de plusieurs muqueuses, par une grande faiblesse et par l'atrophie. L'influence atmosphérique n'est pas non plus à méconnaître; souvent l'on a vu dans des salles encombrées de femmes en couches, et surtout lorsque l'air était humide et froid, 6 à 10 enfants atteints le même jour de la pyophthalmie la plus intense aux deux yeux, et ordinairement à des époques où les affections catarrhales prenaient un caractère septique, et l'on observait alors dans l'hospice de nombreux cas de suppuration de l'ombilic, de phlébite ombilicale avec pyémie consécutive, d'érysipèles gangréneux, d'aphthes et de croups de mauvaise nature.

L'autre forme très-fréquente, c'est la *croupale*, caractérisée par des exsudations plus ou moins épaisses et même membraneuses avec création de vaisseaux nouveaux, souvent accompagnées du développement successif de fausses membranes dans la bouche et le pharynx. Lorsque l'affection prenait un caractère septique, on pouvait prédire la perte totale de la vue, même dans les cas où il n'existait encore qu'un petit point trouble dans le cornée.

Il est très-important pour le traitement de savoir : 1° si l'ophthalmie, à son début, est locale ou symptomatique d'une affection générale; 2° si elle a pris ce dernier caractère dans le courant de la maladie; et, 3° quelle est la nature de cette affection générale. On reconnaît que la pyophthalmie est purement *locale* lorsque la mère est saine, l'enfant bien nourri; lorsqu'on a pu constater l'influence d'un agent extérieur ; lorsqu'il n'y a qu'un œil malade, au moins au début; lorsqu'il n'existe pas de symptômes d'une maladie générale, surtout point de catarrhes ni d'exsudations sur d'autres muqueuses.

Ordinairement, cette ophthalmie commence par la conjonctive,

donne rarement lieu aux ulcérations de toute la cornée, et n'est accompagnée de fièvre que lorsque l'inflammation est très-intense. La durée est quelquefois seulement de quelques heures. Le pronostic est favorable, et l'efficacité des caustiques est évidente. Lorsqu'au contraire la mère est malade, que l'enfant est mal nourri, qu'il est atteint d'affections catarrhales ou croupales d'autres muqueuses, etc., il faut admettre que la pyophthalmie n'est que l'expression symptomatique d'une maladie générale de laquelle dépendront la durée, le pronostic et le traitement de celle-là.

Thérapie. — Dans les années 1836 à 1839, il y eut 29 enfants aveugles sur 454 pyophthalmies; pendant les années suivantes, il n'y eut que 22 aveugles sur 689; et enfin, dans les quatorze mois qui suivirent, il n'y eut que 8 aveugles sur 300. Cette amélioration heureuse et très-remarquable est, avant tout, due aux bonnes mesures hygiéniques qui ont été prises dans l'hospice. Le traitement proprement dit consiste dans des instillations de solution de nitrate d'argent (1 à 4 grains sur 6 onces d'eau distillée), lorsque la maladie est locale et ne se borne qu'à la conjonctive. Elles conviennent surtout dans les contagions locales par la syphilis et la gonorrhée. Si la pyophthalmie est l'expression d'une maladie générale, on préfère un traitement légèrement antiphlogistique, accompagné de fréquentes lotions et d'injections d'eau froide ou d'une infusion de sureau refroidie. Lorsque la maladie est bornée à la conjonctive, on a recours aux instillations de solutions faibles de nitrate d'argent; plus tard la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent est le moyen le plus héroïque contre les boursouflures, les granulations de la conjonctive, les ulcérations ou les perforations de la cornée. Cette cautérisation est préférée aux instillations de laudanum, qui, à la vérité, sont chaque fois suivies d'une amélioration, mais pour peu de temps.

Dans les cas de procidence de l'iris, on doit préférer le crayon à la solution de nitrate d'argent. La cautérisation avec le crayon fut faite 127 fois sur 86 yeux. Un aide soulève la paupière supérieure; tandis que l'opérateur abaisse l'inférieure et passe rapidement avec la pierre infernale sur la partie malade, l'aide la bassine aussitôt et rapidement avec un pinceau trempé dans l'huile d'amandes douces. La douleur paraît moins vive qu'avec le laudanum. L'escarre, qui tombe au bout de six à douze heures, est quelquefois suivie d'hémorrhagie; rarement il survient une réaction inflammatoire, qui cède bientôt aux fomentations froides. Une seule cauté-

risation a suffi dans quatre cas; mais ordinairement il faut la répéter de 3 à 5 fois, et même de 6 à 8 fois.

NOTICE SUR LES MALADES TRAITÉS AU DISPENSAIRE OPHTHALMIQUE DE BRUGES, PENDANT L'ANNÉE 1847;

Par M. J. VERRIEST (*).

Le nombre des malades traités au Dispensaire ophthalmique établi à l'hôpital Saint-Jean de Bruges pendant l'année 1847 a atteint le chiffre de 240. Dans ce nombre, le genre d'ophthalmie qui s'est offert le plus fréquemment à notre observation est la conjonctivite aiguë ou chronique. Nous avons observé cette maladie 73 fois. Il serait superflu d'énumérer ici toutes les causes de cette ophthalmie; il nous suffira de citer celles que nous croyons pouvoir assigner particulièrement pour les malades que nous avons eu à traiter. Ainsi, nous avons remarqué que les individus atteints de cette maladie habitaient pour la plupart des maisons mal aérées, situées dans un lieu bas et humide ou dans des rues très-étroites, et le plus fréquemment chez les personnes habitant cette agglomération de maisonnettes, que l'on désigne ici sous le nom vulgaire de *forts*, lieux infects habités par une population immense en proportion de l'étendue de l'enclos, où l'air ne peut pas se renouveler et où l'accès des rayons solaires est impossible. Ensuite la malpropreté, la misère, une mauvaise nourriture, etc., sont les causes principales auxquelles nous avons dû attribuer la fréquenee de la maladie dont nous nous occupons.

Les symptômes de cette affection se trouvant amplement détaillés dans les traités spéciaux d'ophthalmologie, nous nous dispenserons de les répéter ici. Qu'il nous suffise de dire que les symptômes de cette maladie sont plus ou moins intenses, selon l'acuité de l'inflammation, et peuvent varier quelquefois quand l'inflammation de la conjonctive se complique d'une autre affection, ce qui n'est pas

(*) Cette notice vient de paraître dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges*, tome IX, 3e livraison, pp. 275-279. Nous la reproduisons comme suite aux rapports insérés dans notre livraison de juillet, pp. 32-43. — Il va sans dire que nous laissons à l'auteur toute la responsabilité des passages peu orthodoxes ou peu clairs que présente sa Notice.

Nos lecteurs feront la remarque que M. Verriest ne fait aucune mention de MM. De Meyer et Verté, qui ont passé jusqu'à ce jour pour les fondateurs et les médecins chargés du service du Dispensaire ophthalmique de Bruges.

La Rédaction des Annales d'Oculistique.

rare à rencontrer, surtout quand les malades ont négligé de se laisser traiter dès le début de la maladie. Ainsi la douleur est plus ou moins vive; le gonflement des paupières peut être considérable, les vaisseaux de la conjonctive oculaire ou palpébrale sont injectés et peuvent varier d'une teinte rosée à un rouge vif écarlate, etc.

Le traitement de cette phlegmasie a été des plus simples et quelquefois il a suffi de soustraire les malades aux causes de la maladie pour obtenir leur cure radicale. Ainsi, une nourriture saine et de facile digestion pour les individus faibles et les enfants; des lotions froides, des bains de pieds sinapisés, de légers purgatifs avec le calomel ou un sel neutre; la soustraction de la vive lumière à l'œil malade par l'emploi d'une visière verte que le malade n'applique pas immédiatement ou ne serre pas complétement contre l'organe malade, ont été les moyens employés pour guérir les conjonctivites légères. Un traitement largement antiphlogistique a été institué pour les malades atteints d'une inflammation plus vive ou de chémosis : ainsi, les saignées générales, les sangsues aux tempes, proportionnées à la force et à l'âge des sujets, la diète, les boissons aqueuses, sont les moyens qui ont eu pour effet la diminution des symptômes inflammatoires, et ensuite le traitement indiqué plus haut pour les conjonctivites légères est venu compléter la guérison des conjonctivites aiguës.

Les ulcères de la cornée, suite d'abcès de cette membrane, figurent en seconde ligne quant à la fréquence de ces ophthalmies, soit que ces abcès se déclarent primitivement ou qu'elles sont la suite d'une conjonctivite négligée.

Le nombre de ces malades a été de 33; les causes de cette affection sont, à peu de chose près, les mêmes que celles de la maladie décrite précédemment, et à laquelle elle succède le plus souvent.

Dans le traitement de cette affection, nous avons toujours débuté par les moyens antiphlogistiques jusqu'à ce que les symptômes inflammatoires se fussent dissipés; ensuite les mercuriaux, tant en collyres qu'administrés à l'intérieur, en ont complété le traitement. Cependant nous avons dû recourir à la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent dans quelques cas où l'ulcère semblait gagner en étendue la substance de la cornée, afin de changer le mode d'inflammation de la surface ulcérée.

Les ophthalmies scrofuleuses et catarrhales se sont offertes 49 fois à notre observation.

Ces ophthalmies, ayant pour causes prédisposantes un vice scrofuleux ou syphilitique, ont été traitées avec succès par des moyens généraux appropriés à ces maladies, et localement par des collyres avec le sulfate de zinc ou le sublimé corrosif, et souvent par les frictions d'onguent mercuriel avec addition de l'extrait de belladone, selon l'intensité de l'écoulement purulent et de l'inflammation de la conjonctive. Les ophthalmies catarrhales avec granulations, que nous avons observées au nombre de 17, ont en outre été cautérisées avec le crayon de nitrate d'argent.

Nous avons observé trois cas d'ophthalmies combinées ou spéciales des plus intenses. Les trois malades, quoique d'un âge très-différent, étaient tous d'une constitution scrofuleuse. Les symptômes étaient ceux de presque toutes les autres ophthalmies réunis. Ainsi, il y avait chémosis, photophobie très-intense, larmoiement continuel, la cornée était mate, parsemée de petits points proéminents comme du sable ; vers la partie inférieure de cette membrane existait un large ulcère à fond grisâtre, la vue était entièrement abolie, les douleurs de tête violentes, le pouls fort et développé, enfin les malades offraient l'état d'une personne en proie à une maladie violente.

Le traitement de ces ophthalmies a été largement antiphlogistique. Des saignées générales et locales, des purgatifs salins et le calomel, des bains de pieds sinapisés, ont été opposés à ces vives inflammations : mais ce traitement n'a pu enrayer aucun de ces symptômes graves, et ce n'est que par la perforation spontanée de la cornée que ces symptômes se sont amendés. Cette perforation a donné lieu à une hernie de l'iris dans ces trois cas. La continuation du traitement antiphlogistique et la cautérisation de la partie de l'iris herniée ont complété le traitement de ces ophthalmies et la guérison a eu lieu, toutefois en laissant subsister une difformité de la pupille.

L'ophthalmie rhumatismale, qui a pour causes celles du rhumatisme en général, a été observée 11 fois. Sur ce nombre, 7 malades avaient antérieurement souffert de rhumatisme dans d'autres parties du corps, tandis que 4 en avaient été atteints par le refroidissement subit ou l'exposition du corps en transpiration à un courant d'air.

Le siége principal de cette ophthalmie est dans la sclérotique ; aussi les symptômes anatomiques et physiologiques que nous avons observés appartiennent presque exclusivement à cette membrane :

ainsi la sclérotique était injectée, il y avait photophobie, larmoiement, etc.

Le traitement antiphlogistique est encore ici le traitement qui a été employé au début de la maladie ; sont venus ensuite les moyens pour exciter la transpiration cutanée et ceux enfin qui sont employés dans les affections rhumatismales en général : tels que la poudre de Dower, les antimoniaux, les tisanes sudorifiques, etc. Les frictions sur les paupières et les tempes avec l'onguent napolitain additionné de quelques grains d'extrait de belladone, pour calmer la douleur et combattre la photophobie, qui sont le plus souvent très-intenses dans l'ophthalmie rhumatismale, sont les moyens que nous avons ordinairement mis en pratique pour combattre cette maladie.

Quatre malades se sont présentés atteints d'amaurose. Les causes de cette maladie sont très-variées ; mais les malades que nous avons interrogés ne nous ont pu assigner aucune cause suffisante pour avoir pu engendrer cette ophthalmie, qui leur est survenue lentement, en occasionnant de loin en loin quelques douleurs lancinantes, qui se dirigeaient de l'œil dans le cerveau, ou, pour mieux dire, de la rétine vers les couches optiques.

Les symptômes de cette maladie consistent dans un affaiblissement graduel de la vue, l'insensibilité progressive de l'œil à la lumière, la dilatation ou la contraction outrée de la pupille, son immobilité, et enfin la perte de la vue survient lentement sans que l'œil perde rien de son éclat, comme dans l'état le plus complet d'une santé parfaite.

Le traitement de cette désespérante maladie ne nous a offert que des succès rares et incomplets.

Nous avons eu recours tour à tour aux évacuations sanguines, aux révulsifs cutanés et intestinaux, aux vésicatoires et aux sétons à la nuque, à l'application de la strychnine sur les tempes par la méthode endermique, et malheureusement aucun de ces moyens n'a pu rendre la vue à ces infortunés qui resteront aveugles sans retour. Un seul à peine a eu l'œil plus sensible à la lumière et les contractions de la pupille plus apparentes.

Pour les affections moins graves, parmi lesquelles nous rangeons les contusions et les corps étrangers dans l'œil, 32 cas se sont présentés au Dispensaire. Les lotions froides pour les contusions et l'extraction des corps étrangers de l'œil sont les moyens qui ont mis fin à ces affections légères.

Les malades qui ont dû subir des opérations pour obtenir la guérison de leurs maladies sont au nombre de 18. Six ont été opérés pour des extirpations de tumeurs cystiques des paupières ; à quatre ont été faites des ponctions pour des abcès des paupières, dont deux pour des abcès du sac lacrymal qui sont dégénérés en fistules ; six ont subi la résection d'une partie de la peau des paupières pour des entropions, maladie résultant d'une ophthalmie chronique négligée ; et finalement deux opérations de cataracte ont été faites par la méthode dite par abaissement, dont une avec un plein succès et une dont le cristallin est remonté un jour après l'opération.

Ainsi, en résumé, nous trouvons :

Conjonctivites	73	Amauroses	4
Ulcères de la cornée	33	Contusions	20
Ophthalmies scrofuleuses	29	Corps étrangers	12
— catarrhales	20	Tumeurs enkystées	6
— rhumatismales	11	Abcès des paupières	2
Granulations	17	Fistules lacrymales	2
Hernies de l'iris	3	Entropions	2
		Cataractes	2

Le Dispensaire, dont l'établissement date de 1845, continue de donner régulièrement ses consultations gratuites à tous les indigents de la ville et de la province, de 7 à 8 heures du matin pendant les six mois d'été, et de 8 à 9 heures pendant les six mois de l'hiver (1).

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'OPHTHALMIE GONORRHOÏQUE ;

Par le docteur E. HENROTAY,

Médecin de bataillon de 1re classe aux chasseurs-carabiniers.

A propos de Considérations sur cette maladie, consignées dans les *Leçons cliniques sur les maladies vénériennes,* faites par M. Ricord à l'hôpital du Midi et recueillies par M. Melchior Robert, interne du service. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos du 13 et du 15 juillet 1848.)

Nous tenons M. Ricord en telle considération, que tout ce qui nous vient de sa part, soit qu'il écrive ou soit qu'il parle, nous semble digne d'un sérieux examen ; c'est ce qui nous engage à nous occuper de la partie de ses leçons récemment publiées, dans laquelle

(1) Cette dernière phrase semble dire que les 240 malades dont M. Verriest s'occupe dans sa notice, ont été traités à la consultation gratuite du Dispensaire ophthalmique. Un nouveau rapport sera sans doute consacré aux malades qui ont été admis et traités à l'hôpital. Nous le ferons connaître à nos lecteurs dès sa publication. (*La Rédaction des Annales d'Oculistique*).

il traite de l'*ophthalmie gonorrhoïque*, qu'il désigne sous le nom d'*ophthalmie blennorrhagique*.

Cette ophthalmie ne survient que dans les cas de blennorrhagie de l'urètre ; jamais la balano-posthite, la vulvite, l'utérite ne la déterminent. On sait cependant que la vaginite, l'utérite simple, la vulvite peuvent occasionner une blennorrhée urétrale, qui alors devient apte à développer l'ophthalmie gonorrhoïque. On dirait qu'il y a quelque chose de spécial dans l'inflammation de la muqueuse urétrale.

Un fait qui vient corroborer la précédente observation, c'est que l'ophthalmie en question est infiniment plus rare chez la femme que chez l'homme ; or, chez la femme, la blennorrhagie urétrale est aussi beaucoup plus rare que chez les sujets de l'autre sexe.

Nous avons tenu à faire connaître ces résultats de l'observation du professeur de l'hôpital du Midi, parce que nous aurons probablement bientôt l'occasion d'y revenir en cherchant à leur trouver une interprétation.

Les opinions sont loin d'être unanimes sur le mode de production de l'ophthalmie gonorrhoïque. On a prétendu, et on prétend encore aujourd'hui, que cette affection est toujours le résultat de l'application directe du pus urétral sur les yeux : « *J'ai moi-même*, dit M. Ricord, *penché pour cette opinion ; mais l'expérience m'a fait revenir de cette erreur.* »

Il est loin de notre pensée de vouloir jeter le moindre blâme sur un écrivain qui a le courage d'avouer qu'il s'était d'abord trompé ; c'est au contraire un genre de mérite que nous apprécions beaucoup, et principalement chez un chef d'école tel que M. Ricord. Cependant nous devons avouer que dans le travail que nous avons sous les yeux, nous ne rencontrons pas de raison plausible pour justifier ce revirement d'opinion.

Par rapport au mode de production, la première variété admise par M. Ricord, est l'*ophthalmie par contagion*. Celle-ci est incontestable ; la possibilité de la transmission de la blennorrhagie de l'urètre à l'œil et de l'œil à l'urètre, par le transport du muco-pus d'une muqueuse à l'autre, ne nous semble, pas plus qu'à l'auteur, pouvoir être un seul instant mise en doute.

« Après la contagion, dit M. Ricord, on a voulu admettre aussi que l'ophthalmie blennorrhagique pouvait être produite par l'émanation, par une espèce d'*aura blennorrhagica ;* avec cette idée, il faudrait que la blennorrhagie oculaire fût une maladie très-commune ; car s'il y a une vapeur blennorrhagique,

les malades des hôpitaux spéciaux doivent être constamment sous son influence; cependant la blennorrhagie oculaire y est un accident assez rare. »

M. Ricord repousse donc, et nous sommes entièrement de son avis, ce mode de propagation du mal; mais il en est un autre dont il ne parle pas : c'est la contagion à distance d'un œil malade à celui d'un sujet sain. Quelques-uns de nos compatriotes, et particulièrement MM. Cunier (1) et Decondé (2), ont publié des faits très-curieux, qui tendent à établir la possibilité de ce mode de transmission. Si nous considérons, d'un autre côté, que l'ophthalmie granuleuse des armées peut se propager de cette manière, que la contagion en est d'autant plus à craindre qu'elle se montre plus aiguë, et enfin, que lorsque la purulence est très-prononcée, cette affection présente avec l'ophthalmie gonorrhoïque la plus grande ressemblance, on sera singulièrement tenté d'être de leur avis.

Sous le nom d'*ophthalmie métastatique,* M. Ricord admet aujourd'hui qu'en dehors de la contagion on trouve des malades affectés de blennorrhagie oculaire consécutive à la blennorrhagie urétrale, et cette question il la juge d'après l'*allure,* l'aspect et le mode de production de l'affection. D'après lui encore, l'ophthalmie gonorrhoïque qui se déclare en dehors de la contagion est le plus ordinairement liée à des conditions rhumatoïdes, quoique cependant, l'élément rhumatismal ne soit pas indispensable. A la période de déclin, si l'inflammation résulte d'une contagion, elle ne récidive plus; elle ne prend pas de recrudescense, comme on le remarque dans l'ophthalmie métastatique.

Nous avons dit que les changements survenus dans les opinions de M. Ricord, relativement au sujet qui nous occupe, ne nous semblent pas suffisamment justifiés. Nous aurions désiré pouvoir apprécier ses raisons d'après un travail qui lui fût propre; nous sommes forcés, pour cette fois, de nous en tenir aux paroles du professeur recueillies par un de ses élèves. Les motifs indiqués en faveur de l'admission d'une ophthalmie gonorrhoïque métastatique, nous les trouvons en quelque sorte combattus par le professeur lui-même lorsque, au sujet du développement sympathique de l'affection, que M. Ricord repousse, il se demande si, dans les cas invoqués

(1) *Recherches statistiques*, etc., p. 89 et suiv. — *Annales d'Oculistique,* vol. XVI, p. 162.
(2) *Annales d'Oculistique,* vol. I, pp. 347-348.

par les écrivains dont il ne partage pas les opinions, *il n'était pas plus probable qu'on avait affaire à des ophthalmies catarrho-purulentes arrivées comme coïncidence*. C'est en effet une question bien ardue que celle du diagnostic différentiel des ophthalmies purulentes. Sera-t-il déterminé par la coexistence d'un écoulement de l'urètre? Mais ce serait prétendre qu'un sujet atteint de blennorrhagie est par le fait même à l'abri de tout autre catarrhe purulent de l'œil. D'ailleurs, et M. Ricord lui-même partage cette opinion, l'affection de l'œil peut précéder celle de l'urètre. Et puis, chez les soldats de notre armée, chez nos granulés, ne voyons-nous pas souvent à la suite de causes catarrhales, la purulence se produire? Dira-t-on que ce n'est plus l'ophthalmie d'Égypte, parce qu'il pourra se faire que le malade ait contracté également un écoulement de l'urétre, bien que l'affection de l'œil ne présente ni l'intensité des symptômes, ni la marche promptement désorganisatrice de l'ophthalmie gonorrhoïque? Devra-t-on baser le diagnostic différentiel sur la gravité des symptômes, la rapidité de la marche de l'affection? Mais on peut ne voir là que des degrés, du plus ou du moins, et il serait souvent difficile de dire là où commence l'une et où finit l'autre. Et puis, qui ne sait qu'un traitement abortif convenable jugule les ophthalmies purulentes les plus graves? L'élément rhumatismal viendra-t-il lever tous les doutes? Mais il est loin d'être constant, et puis quelle sera sa valeur s'il se présente chez un malade sujet d'ailleurs aux rhumatismes. Restera le *bubon pré-auriculaire*, signalé par un de nos collègues, M. le docteur Hairion, de Louvain. Mais le bubon pré-auriculaire, d'après l'opinion de M. Ricord et de plusieurs autres praticiens, n'apparaît pas toujours dans les cas qui présentent d'ailleurs la concomitance de la blennorrhagie de l'urètre et la gravité de l'ophthalmie gonorrhoïque, tandis qu'on peut le trouver alors que ces caractères importants manquent tout à fait. On voit donc que le diagnostic différentiel étant très-difficile à établir, on peut se demander avec juste raison si les motifs allégués suffisent pour rendre compte des changements survenus dans les opinions du chirurgien en chef de l'hôpital du Midi.

M. Ricord ne croit pas qu'il existe une ophthalmie gonorrhoïque consécutive à une affection constitutionnelle déterminée par la blennorrhagie, et analogue aux accidents constitutionnels résultant de l'infection syphilitique.

L'ophthalmie gonorhoïque peut-elle se transmettre par *sympathie* d'un œil à l'autre? en d'autres termes, lorsqu'un œil est affecté de

blennorrhagie développée sous l'influence de la contagion, l'autre peut-il se prendre en dehors de cette dernière cause et de l'état général? Ceux qui répondent affirmativement à cette question se fondent sur ce fait, qu'une inflammation simple, sans sécrétion de matière purulente, siégeant sur un œil, se propage à l'autre sans qu'il y ait possibilité d'invoquer ni la métastase, ni l'état général, ni la contagion directe. Nous ne nous dissimulons pas toute la difficulté d'apporter des preuves irrécusables dans cette question, et cependant, avec M. Ricord, nous penchons vers la négative. Quelles que soient d'ailleurs les précautions que l'on prenne, le transport du muco-pus se fait trop facilement d'un œil à l'autre, soit par l'intermédiaire des doigts du malade, du linge dont il se sert pour essuyer le produit de l'écoulement, du coussin sur lequel il se tourne et se retourne pendant la nuit, etc., pour que nous puissions croire que l'on ait toujours abrité complétement le second œil entrepris; on doit donc être excessivement réservé à admettre des faits qui semblent sortir de la loi commune. Nous croyons devoir rappeler le passage suivant des *Leçons* qui servent de texte à nos réflexions, et dans lequel M. Ricord expose un mode de transmission du muco-pus d'un œil à l'autre :

« Cette variété (l'ophthalmie par contagion) tend à n'occuper qu'un seul « œil; elle peut se propager d'un œil à l'autre, le pus d'un côté coulant sur « l'autre œil. Il nous a semblé, en effet, que l'autre œil se prenait d'autant plus « facilement qui la racine du nez était plus affaissée; d'un autre côté, on peut « s'assurer que les malades se couchent toujours sur le côté sain pour éviter les « douleurs, et, dans cette position, le muco-pus de l'œil malade coule presque « inévitablement sur le côté sain. »

Nous ne parlerons pas de l'élément rhumatismal auquel M. Ricord attribue un rôle assez important dans la question en faisant ressortir les rapports qui existent entre les blennorrhagies oculaire et urétrale et l'arthropathie.

Nous ne suivrons pas non plus l'auteur dans sa description de la maladie, ni dans l'exposition de son traitement. Ce sont là des questions qui, à diverses reprises, ont été traitées dans ces *Annales* et sur lesquelles il n'existe pas de dissidence prononcée entre les opinions de M. Ricord et celles qui sont généralement professées aujourd'hui.

OPHTHALMIE CONTAGIEUSE DANS LA CLASSE OUVRIÈRE DE BRUXELLES.

Les lignes suivantes sont empruntées au *Rapport sur l'état des affaires de la ville de Bruxelles,* fait par le Collége des Bourgmestre et Échevins au Conseil communal, dans sa séance du 2 octobre de cette année :

« La Commission médicale a eu occasion de constater que l'ophthalmie granuleuse ou militaire est aujourd'hui très-répandue parmi les classes ouvrières. Les causes qui donnent lieu à la propagation de cette maladie sont attribuées à la malpropreté, à l'humidité, à l'obscurité et au défaut d'aérage des maisons, ainsi qu'à l'agglomération des individus qui les habitent et qui n'ont guère plus d'un essuie-mains à l'usage de tous.

» Ces faits ayant été portés à sa connaissance, le Conseil provincial s'est occupé des mesures à prendre pour arrêter les ravages de l'ophthalmie et fournir aux individus atteints les moyens de se faire traiter efficacement.

» Le Conseil provincial a, dans sa dernière session, chargé la députation permanente de lui présenter un projet d'organisation d'un Institut ophthalmique.

» En attendant la réalisation de ce projet, nous devons faire connaître au Conseil que M. le docteur Cunier se livre depuis longtemps, avec autant de dévouement que de succès, au traitement des ophthalmiques. »

Je crois fort inutile de revenir sur les circonstances qui ont fait que l'ophthalmie dite *militaire* ou *contagieuse* s'est répandue de l'armée dans nos populations. Je me suis assez longuement étendu sur ce sujet dans l'histoire de l'ophthalmie contagieuse annexée à mon *Rapport* adressé, il y a trois ans, à M. le gouverneur du Brabant (1). Je m'estime heureux que cet écrit ait réussi à faire apprécier exactement les causes de la calamité qui est venue nous affliger, et ait eu pour résultat de mettre fin à d'injustes et malheureuses récriminations qui étaient incessamment dirigées contre des hommes qui ont rendu les services les plus éminents au pays et à l'humanité.

Le fléau, après s'être étendu peu à peu, depuis 1834, dans la classe pauvre et ouvrière, exerce aujourd'hui ses ravages sur des proportions qui, à Bruxelles particulièrement, sont devenues effrayantes. Je n'ai pour ainsi dire pas cessé, depuis huit ans, d'ap-

(1) Ce *Rapport* a paru en 1847 sous le titre de : *Recherches statistiques sur la nature et les causes des maladies oculaires observées en Belgique et en particulier dans la province de Brabant.* Rapport adressé à M. Liedts, gouverneur du Brabant. — Il se trouve consigné en entier dans les *Annales d'Oculistique* des années 1845, 1846 et 1847.

peler l'attention de l'autorité sur cette grave question de salubrité publique. Le chapitre intitulé : *Ophthalmie militaire* ou *contagieuse, observée dans les populations*, qu'on lit dans mon *Rapport* précité, pp. 267-311, montre que je n'ai rien négligé pour faire apprécier toute l'étendue du mal déjà produit; je m'y suis attaché à prouver que les lois de l'humanité et l'intérêt financier des administrations communales voulaient que l'on s'occupât, sans plus de retard, de recourir à des moyens capables d'arrêter l'extension d'une maladie qui fait partout des victimes et porte la misère et la désolation dans les familles. Voici, entre autres, quelques-uns des passages dans lesquels je signale ce qui se passe dans les logements d'ouvriers (1) :

« La maladie, dis-je dans mon Rapport, s'est le plus communément manifestée chez des maçons, des plafonneurs, des tailleurs de pierre, des menuisiers, etc., qui couchent par brigades dans des logements étroits, véritables bouges, comme on en rencontre tant à Bruxelles et dans les faubourgs, où sont parfois entassés vingt et trente individus dans une chambre qui pourrait servir d'asile à huit ou douze au plus. Dans cette chambre, il n'existe qu'un seul essuie-mains, et le plus ordinairement qu'un seul vase pour se laver. Si des granulations existent, latentes ou indolentes, chez un ou plusieurs de ces ouvriers, anciens soldats ophthalmiques ou infectés par des militaires congédiés, et que l'une ou l'autre cause irritante, ou le seul effet de l'encombrement, les fasse passer à l'état blennorrhoïque, devenir sécrétantes, le mal s'est bientôt propagé à la plupart des ouvriers de la chambrée, qui sont presque tous essentiellement prédisposés à le contracter par suite de l'état habituel d'irritation des organes visuels propre aux professions qu'ils exercent.

» Qu'il se manifeste maintenant une influence épidémique, catarrhale ou rhumatismale, ou bien une haute température de l'atmosphère, et voilà toute une brigade d'ouvriers atteints de blennorrhée palpébro-oculaire. J'ai vu le mal passer ainsi, en une nuit, à l'état d'ophthalmo-blennorrhée chez huit maçons logés rue de Potage, n° 10; chez dix plafonneurs logés rue de Londres, n° 1, à Ixelles; chez huit maçons logés impasse de Quatre Livres, n° 3; chez six maçons logés rue des Champs, n° 55, à Ixelles; chez huit menuisiers logeant rue de la Victoire, n° 22, à Ixelles, etc., etc.

» Sur 240 cas d'ophthalmie déclarée, ou *purulente*, quelques-uns ont été fournis par des individus appartenant à des familles nombreuses, logées le plus ordinairement dans une seule pièce. Il est à remarquer que les 177 ouvriers (maçons, plafonneurs, menuisiers, tailleurs de pierre, marbriers, etc.), vivant dans les rassemblements dont il vient d'être question, comptent pour 161 cas sur les 240 inscrits.

» Or quelques-uns seulement, parmi ces ouvriers, se soumettent au traitement jusqu'à guérison complète; les autres reprennent leur travail dès que l'amélioration produite le leur permet; ceux dont le mal offre un caractère de

(1) Pages 293-298. — *Annales d'Oculistique*, vol. XVII. p. 289-294.

gravité et de ténacité assez prononcées pour qu'il leur soit impossible de ne pas rester oisifs, retournent après quelques jours dans leurs familles (1). Voilà donc, d'une part, des malheureux qui continuent à former de véritables foyers tout disposés pour la manifestation d'ophthalmies graves et contagieuses qui se propageront à de nouveaux individus; d'autre part, des malades qui vont communiquer à leurs proches l'affection qui les fait souffrir; d'autres se rendent à la Cambre où ils vont augmenter le nombre déjà si considérable de granulés que l'on y compte. »

Après avoir cité divers exemples authentiques à l'appui de mes assertions, je continue ainsi :

« Je peux affirmer que les cinq sixièmes au moins des logements de maçons, plafonneurs, charpentiers, menuisiers, tailleurs de pierre, etc., constituent des foyers de contagion. Il en est de même de la presque totalité de ceux d'Ixelles, d'Etterbeek, de St.-Josse-ten-Noode. Un grand nombre de maisons où logent les ouvriers exerçant d'autres professions sont également infectées.

» Ceux qui tiennent ces logements sont, pour la plupart, ou des militaires congédiés ayant souffert d'ophthalmie au service et actuellement encore atteints du mal, — ou des personnes infectées par des ouvriers ophthalmiques qu'elles ont reçus chez elles. »

J'indique alors les logements qui ont fourni le plus grand nombre d'ophthalmiques et de cas d'importation dans les communes rurales ou dans des familles de Bruxelles. Je termine en ces termes :

« Pour bien comprendre la multiplication de ces foyers et l'extension continuelle de la maladie, il faut ne pas oublier qu'à part un certain nombre d'ouvriers, il en est très-peu qui restent fidèles à un même logement; un grand nombre, au contraire, changent de gîte selon la partie de ville ou des faubourgs dans laquelle ils sont appelés à travailler. M. le docteur Fleussu a recueilli, en 1842, l'histoire d'un maçon ophthalmique qui avait fait dix logements en un mois et avait infecté, dans cinq endroits, huit camarades qu'il avait successivement amenés à la consultation. »

Deux mois après qu'un exemplaire de mon *Rapport* eût été transmis officiellement au Collége des Bourgmestre et Échevins, je fus requis de me rendre au sein du Conseil communal (*section*

(1) Ainsi que je l'ai dit ailleurs, dans mon *Rapport*, les ouvriers maçons, plafonneurs, menuisiers, etc., dont il vient d'être question, appartiennent en grand nombre aux communes rurales (principalement des cantons de Wavre, Jodoigne, Genappe, Nivelles, Uccle, Woluwe-Saint-Étienne, Hal). Ces ouvriers quittent habituellement Bruxelles le samedi, afin d'aller passer le dimanche dans leur famille ; s'ils sont affectés de granulations, la fatigue de la marche, — surtout pendant les chaleurs, — détermine ou augmente la secrétion, et le danger de la contagion s'accroît ainsi pour les personnes qui vont se trouver en contact avec eux dans un espace presque toujours insuffisant, et qui vont faire usage du même essuie-mains pour la toilette du dimanche.

de police et de salubrité publique), où je donnai toutes les explications que l'on voulut bien réclamer de moi. Interrogé sur les moyens de s'opposer à l'extension de la maladie, je fis connaître qu'il me paraissait d'abord indispensable de créer un lazaret spécial pour le traitement des individus atteints à un degré aigu, — leur admission à l'hôpital Saint-Jean, dans le service qui m'était confié à cette époque présentant les plus graves dangers, à cause de la communication avec les autres malades, — et qu'une fois cette mesure prise il faudrait s'occuper de faire cesser l'existence des foyers de contagion signalés. — J'appelai ici l'attention de MM. les Conseillers sur les propositions suivantes, formulées dans mon *Rapport* (1).

« XXIV. — J'ignore, M. le Gouverneur, jusqu'à quel point l'autorité peut intervenir pour dissiper les foyers de contagion constitués par divers logements et établissements d'ouvriers à Bruxelles, dans ses faubourgs et ailleurs.

» Ne pourrait-on pas, agissant comme cela aurait lieu si une affection contagieuse autre que l'ophthalmie des armées venait à éclater parmi des rassemblements d'ouvriers ou dans un établissement quelconque, ordonner la visite de tous les hommes qui en font partie?

» N'est-il pas permis aux autorités communales de fermer des logements dont les hôtes sont infectés et communiquent aux malheureux qui les payent un mal qui les rend tôt ou tard incapables de pourvoir à leur subsistance? . . . .

. . . .

» XXV.—On a recours aux moyens les plus énergiques toutes les fois que l'on redoute l'extension de maladies contagieuses qui tuent ceux qui en sont atteints. Pourquoi agirait-on avec moins de rigueur à l'occasion d'une maladie contagieuse qui porte la désolation et la misère dans les familles? S'il était prouvé que des ouvriers eussent contracté dans des logements le typhus ou toute autre maladie contagieuse, et l'eussent importée dans quelques localités, on n'hésiterait pas à détruire les foyers, à fermer les logements jusqu'à ce que toute crainte de contagion eût cessé. L'ophthalmie égyptienne ne constitue-t-elle pas, à cause de son caractère et de sa propagation qui ne cesse point spontanément comme celle du typhus, un mal qu'il faut combattre aussi par des mesures vigoureuses?

» Je livre ces questions aux méditations des hommes compétents, en leur recommandant surtout la recherche des moyens légaux de s'opposer à la cupidité des logeurs, qui entassent les ouvriers les uns sur les autres dans des réduits étroits et malsains. De combien de cas de cécité, de combien de morts ces spéculateurs ne doivent-ils pas compte à Dieu! »

La section, après que je lui eus donné tous les renseignements qui lui parurent utiles, prit la résolution de me charger de procéder à la visite d'un certain nombre de logements d'ouvriers, d'examiner les yeux de tous les individus qui s'y trouveraient, et d'adresser

(1) Pages 306, 307 et 308.

ensuite à M. le Bourgmestre un rapport détaillé, dans lequel j'indiquerais les mesures qu'il me paraîtrait utile de décréter.

Quelque flatteuse que fût pour moi la marque de confiance que voulait bien me donner le Conseil, je crus de mon devoir de ne pas l'accepter, donnant pour motif que la mission que l'on allait me confier rentrait évidemment dans les attributions de la Commission médicale locale, que j'avais informée à diverses reprises, depuis 1840, de la propagation incessante du fléau, et qui avait toujours reçu mes communications avec bienveillance (1). Je fis la proposition, — que l'on s'empressa d'accepter, — de me mettre en rapport avec cette Commission, qui désignerait chaque jour un ou deux de ses membres, auxquels je me joindrais, à l'effet de faire les visites prescrites.

Au sortir de la séance, je me rendis chez M. le docteur Victor Uytterhoeven, président de la Commission médicale locale, qui prit immédiatement ses dispositions; dès le surlendemain nous étions à l'œuvre, MM. V. Uytterhoeven, Selade et moi. M. le docteur Langlet remplaça ces messieurs lors de la dernière visite qui eut lieu.

Le rapport adressé à l'autorité communale par la Commission médicale locale se trouve presque intégralement reproduit dans l'extrait de l'*Exposé de la situation des affaires de la ville de Bruxelles*, placé en tête de cette notice. Il n'y est presque rien dit des mesures de police médicale à instituer pour s'opposer à l'extension du fléau, l'indication de ces mesures m'ayant été abandonnée

(1) Une lettre que la Commission médicale locale m'a fait l'honneur de m'adresser en 1846, indique clairement que ce corps avait déjà dû réclamer de l'administration communale que des mesures de police médicale fussent prises. Voici cette lettre :

Commission médicale de la ville de Bruxelles.

N° 92.

Bruxelles, le 19 *mai* 1846.

MONSIEUR, — Nous avons l'honneur de vous accuser réception de votre lettre en date du 6 de ce mois. La Commission médicale vous remercie de votre intéressante communication; elle s'empressera de proposer aux autorités les mesures prophylactiques qui lui sembleront les plus propres à préserver l'humanité d'un fléau tel que l'ophthalmie des armées. Il nous serait très-agréable, Monsieur, que vous voulussiez bien nous faire connaître vos vues, ainsi que les moyens qui vous paraîtraient les plus propres à s'opposer désormais à l'extension de cette maladie contagieuse. La spécialité de vos études et la grande expérience que vous avez acquise dans le traitement des maladies des yeux nous engagent à réclamer le concours de vos lumières dans cette occurrence.

Agréez, etc.

Le Secrétaire,
Signé : A. CHANTRAIN, D. M.

Le Président,
Signé : V. UYTTERHOEVEN.

comme devant faire l'objet du mémoire que j'avais à adresser à M. le Bourgmestre.

Ce n'est que dans les premières semaines de 1848 que la Commission médicale locale a fait parvenir son rapport au Collége des Bourgmestre et Échevins ; je me suis ainsi trouvé dans l'obligation d'ajourner la remise de la communication que j'avais à faire, et qui constitue en quelque sorte un appendice de ce rapport. Cette pièce, qui sera insérée dans la prochaine livraison des *Annales d'Oculistique*, portait primitivement la date du 6 novembre 1847.

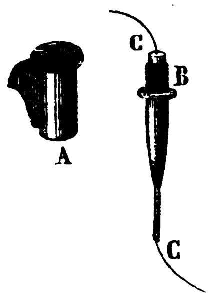
FLORENT CUNIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux français.

Bulletin général de Thérapeutique.

Modification apportée à la canule de la seringue d'Anel; par M. CHARRIÈRE. — On sait avec quelle facilité s'obstrue le tube capillaire qui termine la canule de la seringue d'Anel, soit par l'effet de la crasse du piston, soit par la propulsion de quelque corps solide tenu en suspension dans l'eau ou dans la solution métallique dont on fait usage pour les injections. Le fil métallique dont on se sert alors pour *déboucher,* selon l'expression reçue, ne fait le plus ordinairement que perforer ou déplacer l'obstacle, qui se reproduit dès la première ou la seconde injection. M. Charrière vient d'imaginer une modification destinée à parer à ces inconvénients; ainsi qu'on peut le voir par les figures ci-jointes, il a divisé la canule en deux parties que l'on peut séparer pour les nettoyer plus facilement; puis il suffit de monter, au moyen du frottement de fil ciré B le tube capillaire CC (représenté garni du fil métallique servant à le nettoyer), sur la vis A, pour rendre la canule apte à fonctionner de nouveau, en l'adaptant au corps de la seringue.



Formule pour la préparation de crayons de nitrate d'argent et de nitrate de potasse; par M. DESMARRES. — Dans le but d'éviter l'énergie trop grande du nitrate d'argent pur, M. Desmarres fait préparer des crayons de nitrate d'argent et de nitrate de potasse, dans les

proportions de moitié, un quart, un huitième. En voici le mode de préparation :

« On mêle les deux sels ; on les fait fondre dans un creuset d'argent ou de platine ; on agite de temps en temps avec une baguette de verre ; aussitôt que le mélange est en fusion tranquille, on le coule dans une lingotière à la manière du nitrate d'argent pur. »

Lorsque, en 1843, je visitai le dispensaire de M. Desmarres, ce confrère faisait déjà usage des crayons de nitrate d'argent et de nitrate de potasse, et je lui fis la remarque que depuis une couple d'années déjà, j'en employais de semblables, qui avaient été préparés par M. Pasquier, professeur de pharmacie à l'Université, et par M. Dam, pharmacien de la cour, à Bruxelles. MM. Decondé, Jans, Vriens, Hairion, Henrotay, etc., ont reçu de moi, avant l'époque que je viens de citer, des crayons de nitrate d'argent et de nitrate de potasse ; il s'en trouve en vente depuis près de huit années dans les pharmacies de MM. Dam, de Hemptine, Pasquier, etc.

Si je fais cette déclaration, ce n'est nullement dans le but de contester à M. Desmarres la priorité de l'emploi des crayons dont il est ici question ; j'ai seulement voulu constater que j'ignorais absolument qu'il s'en servit, lorsque j'ai eu recours à MM. Pasquier et Dam pour leur préparation, et que d'un autre côté il en faisait usage longtemps avant que M. Von Artha (*Entwurf einer anat. Begr. der Augenkrankh.*, p. 50, voir l'analyse de M. Binard, *Ann. d'Oculist.*, vol. XIX. p. 259, note) s'attribuât le mérite de l'invention.

Il me reste à ajouter que les chirurgiens auxquels j'ai remis des crayons ainsi préparés (avec 1/2 ou 1/4 nitrate de potasse) n'ont pas trouvé qu'ils fussent avantageux pour la cautérisation, et que j'en ai moi-même abandonné l'emploi pour revenir à la pierre infernale ou à la solution concentrée d'azotate acide d'argent appliquée à l'aide d'un pinceau.

F. Cunier.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Rapport adressé à M. le délégué du gouvernement provisoire, sur les traitements orthopédiques de M. le docteur Jules Guérin, *à l'hôpital des Enfants, pendant les années* 1843, 1844 *et* 1845, *par une Commission composée de MM.* Blandin, P. Dubois, Jobert, Louis, Rayer *et* Serres, *Président : M.* Orfila. — Paris, 1848, in-4°, pp. 202.

Avant de nous occuper du rapport en lui-même, disons à quelle

occasion il est intervenu : ce sera le meilleur moyen d'en faire comprendre tout d'abord l'importance.

A la suite d'un concours ouvert par l'Académie des sciences de Paris sur les difformités, l'orthopédie avait pris un grand développement, et, dans le but de faire participer la classe pauvre aux nouvelles ressources de la science, le Conseil général des hôpitaux avait consacré deux salles de l'hôpital des Enfants au traitement des difformités, et confié ce service à M. le docteur J. Guérin. Après quatre années d'exercice, ce médecin présenta, sur l'invitation faite par M. Orfila au nom du Conseil, un relevé des cas traités et des résultats obtenus depuis l'ouverture des salles. Ce relevé souleva, dans l'Académie de médecine et dans les journaux, une polémique ardente et une acerbe critique.

« La pratique de M. Guérin, disent les auteurs du *Rapport*, ne fut pas seulement accusée d'être illusoire, stérile, dangereuse, mais l'on révoqua en doute la réalité et la possibilité même des succès qu'il avait annoncés. Ne voulant pas rester sous le coup des accusations dont il était l'objet, M. Guérin adressa au Conseil, à la date du 9 août 1843, une lettre par laquelle il lui demandait de vouloir bien nommer une commission parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui serait chargée de s'enquérir des résultats qu'il avait publiés, de suivre pendant un temps suffisant les divers traitements mis en usage dans son service ; enfin, de rechercher par toutes les voies et moyens s'il n'avait pas droit à une éclatante réparation en échange des imputations dont il avait été l'objet. M. Guérin ajoutait : « Vous le comprendrez, messieurs, le résultat de cette » enquête ne doit pas seulement servir à édifier votre religion et à me rendre » justice, elle doit surtout avoir pour conséquence d'éclairer une question de » science et d'humanité. »

Inutile de faire remarquer la franchise et la noblesse de cette conduite : elles frapperont d'elles-mêmes nos lecteurs, mais elles seront surtout appréciées par ceux qui se rappelleront l'âpreté et la malveillance avec lesquelles M. Guérin avait été attaqué.

Le Conseil s'empressa de se rendre aux vœux légitimes de M. Guérin, et une commission composée de MM. Rayer, Serres, Louis, Breschet (que M. P. Dubois remplaça peu de temps après), Jobert et Blandin, fut désignée ; elle devait s'assembler sous la présidence de M. Orfila. De pareils noms, offrant toutes les garanties de compétence, de savoir et d'impartialité, sont de nature à calmer les exigences les plus défiantes, et doivent assurer au travail en tête duquel ils figurent l'autorité la plus imposante. Cependant la Commission ne se jugea pas ainsi et afin que son travail de vérification ne pût, en aucun cas, être, ni même supposé être illusoire,

elle entoura ses opérations d'une foule de précautions presque minutieuses, tant avant le traitement, que pendant et après, excluant, nous ne craignons pas de le dire, jusqu'à la possibilité d'une erreur, et, ajoutons-le, quoiqu'il nous coûte de l'écrire à côté des noms que nous avons cités, d'une collusion.

C'est de ce caractère, de ce cachet d'inattaquable rigueur que le Rapport nous a paru empreint d'un bout à l'autre.

Il est divisé en deux parties, dont la première est consacrée à l'exposé détaillé et à une appréciation particulière des faits observés par la Commission; la seconde contient un résumé et une appréciation générale de ces faits.

C'est en onze catégories qu'ont été distribués les 63 cas de difformités et de maladies soumises par M. J. Guérin à la Commission; 1° strabisme; 2° torticolis; 3° déviation de l'épine; 4° luxations congénitales; 5° déviation des genoux; 6° pieds-bots et subluxations des orteils; 7° difformités arthralgiques; 8° difformités par rétraction de cicatrices; 9° courbures rachitiques des membres et courbures par cals vicieux rachitiques; 10° excurvations tuberculeuses; 11° abcès par congestion.

Les histoires relatives à chacune de ces catégories sont décrites avec le plus grand détail; les abréger serait leur enlever une grande partie de leur valeur, et le jugement par lequel la Commission en clôture le récit ne peut avoir d'intérêt que pour celui qui les a lues avec attention. Aussi les passerons-nous sous silence pour arriver de suite à la seconde partie. Après avoir résumé d'une manière concise et claire les faits consignés dans la première partie, la Commission déclare expressément que dans toutes les catégories auxquelles ces faits appartiennent, des succès incontestables ont été obtenus. Si dans la qualification des résultats dont elle a été témoin, la Commission s'est presque toujours abstenue de les caractériser par les mots de *guérison complète*, c'est parce que l'ancienneté du mal, les modifications profondes qu'il imprime aux parties ne permettent que très-rarement d'atteindre la généralité de ses éléments; d'où il résulte qu'alors même que les caractères principaux de la difformité ont été effacés, des traces éloignées et en quelque sorte fondues dans l'organisme, pourraient aisément, par leur persistance, provoquer des contradictions trop exigeantes.

La Commission termine son Rapport par les conclusions suivantes:

« 1° Les résultats obtenus par M. J. Guérin, sous les yeux de la Commission,

pendant les années 1843, 1844 et 1845, dans le traitement du strabisme, du torticolis, des déviations de l'épine, des luxations congénitales, des déviations des genoux, des pieds-bots, des difformités arthralgiques, des difformités par rétraction de cicatrices, des difformités rachitiques, des excurvations tuberculeuses et des abcès par congestion, sont de nature à établir que la pratique de M. J. Guérin est tout à la fois remarquable par les considérations élevées et judicieuses sur lesquelles elle se fonde, et par l'habileté et souvent la hardiesse heureuse avec laquelle les procédés opératoires sont exécutés.

» 2° Les méthodes, procédés et appareils imaginés par M. J. Guérin pour le traitement des difformités et accidents qui les compliquent, et les règles qu'il a posées pour leur application, constituent un ensemble de moyens et de préceptes à l'aide desquels il a produit des résultats complétement nouveaux, comme l'ensemble de ses recherches et de ses idées sur cet ordre de faits avait dès longtemps constitué une branche de la médecine presque entièrement nouvelle.

» 3° En raison des progrès qu'il a imprimés à la science des difformités et à l'art de les traiter, en raison des sacrifices qu'il a faits, en raison de la persévérance avec laquelle il a poursuivi de longues et pénibles recherches, la Commission est heureuse de le déclarer, M. J. Guérin a bien mérité de la science et de l'humanité; elle émet en conséquence le vœu que le service chirurgical qui lui a été confié par la précédente administration lui soit conservé tout à la fois comme un établissement utile aux pauvres malades et comme une juste récompense de ses travaux.

» Elle émet en outre le vœu que le présent Rapport soit imprimé, dans sa totalité, par les soins de l'administration. »

En rendant compte de ce beau travail, qui est bien propre à faire renaître la confiance du public et des médecins dans l'efficacité des différentes méthodes orthopédiques, confiance qui, comme s'exprime le Rapport, n'a pu être légitimement ébranlée que par des méprises sans doute involontaires, ou par des récidives résultant du défaut de persévérance et de soins de la part des malades dans l'emploi des moyens; en rendant compte de ce travail, disons-nous, nous nous sommes servi presque exclusivement de passages que nous en avons extraits. Le motif de cette conduite est facile à comprendre et n'a pas besoin de justification. Le Rapport se compose entièrement de faits, dont nous n'avons pas été témoin et de jugements déduits de ces faits. En acceptant les faits comme certains, et la haute position sociale et scientifique des auteurs, aussi bien que les mesures, en quelque sorte tutélaires, dont ils ont entouré leurs opérations, ne permettant aucun doute sur leur véracité, il est impossible de ne pas souscrire aux conclusions qui en sont inférées.

Il nous reste à féliciter M. Jules Guérin de l'œuvre qu'il a accomplie et de la victoire qu'elle lui a value, victoire qui doit lui être d'autant plus chère qu'il ne la doit qu'à lui-même, d'autant plus

douce qu'elle ne coûte de larmes qu'à la haine et à l'envie, d'autant plus glorieuse qu'elle est toute à l'avantage de la science et de l'humanité. FALLOT, D. M.

On the Diagnosis and Relief of certain Species of Amblyopia. By HENRY GOODE, M. B., Cantab. — Edinburgh. 1848, 8°. (Extrait du *Monthly Journal.*)

L'auteur débute par la remarque qu'il est déplorable que les oculistes négligent l'optique comme moyen de traitement des imperfections de la vision dues à un vice de conformation congénital ou acquis, et qui sont en général rebelles à tout traitement purement médical. — Il insiste sur l'utilité des moyens optiques dans ces derniers cas. Après la myopie et la presbytie, le vice de conformation désigné sous le nom d'*astigmatisme* a seul été l'objet des recherches des hommes spéciaux.

Le professeur Airy (*Cambridge Philosophical Transactions*) s'en est occupé il y a une vingtaine d'années. M. Mackenzie y a consacré un article peu étendu dans son *Treatise on the Diseases of the Eye* (voir la traduction de MM. Laugier et Richelot, p. 629).

L'auteur a eu l'occasion d'observer huit cas de cette maladie dans l'espace de trois ans. Il est peu d'oculistes qui n'aient eu à traiter des cas de ce genre, qui ne sont nullement incurables et que l'on désigne sous la dénomination générale d'amblyopie. Dans beaucoup de ces cas, la rétine est parfaitement saine; l'appareil dioptrique seul est défectueux. Comme le nom donné à ce vice de conformation n'explique pas sa nature, M. Goode croit nécessaire d'entrer dans quelques explications.

Soit un point lumineux, tel que celui qui est produit par une piqûre d'épingle pratiquée dans une carte placée entre l'œil de l'observateur et la lumière, ou une feuille de papier éclairée. Si un tel point est placé devant un œil dont l'appareil dioptrique est défectueux, l'image qui ira se peindre sur la rétine ne sera pas celle d'un point, mais prendra des formes différentes suivant la nature du vice de conformation.

Dans l'affection dont il est spécialement ici question, lorsque la carte percée d'un trou est tenue à une certaine distance, l'image perçue est celle d'une ligne droite; lorsque la distance est successivement augmentée, la ligne disparaît graduellement; mais en même temps une nouvelle ligne droite se peint sur la rétine dans une direction perpendiculaire à la précédente. Dans quelques cas,

pour que la seconde ligne se présente, il faut que la carte percée soit éloignée au point de rendre cette seconde image de la ligne droite très-confuse.

Lorsqu'un objet est placé devant l'œil à la distance à laquelle la première ligne droite se montrait, les lignes qui sont parallèles à la ligne qui formerait le point sont seules distinctes, tandis que les lignes qui les croisent perpendiculairement sont confuses et à peine distinctes. — Si l'objet est ensuite placé à la distance à laquelle la seconde ligne devenait visible, les lignes qui tantôt étaient confuses se dessinent nettement, tandis que les premières deviennent à leur tour peu distinctes. Tel est le mode à employer pour le diagnostic de l'astigmatisme.

Il est à remarquer que beaucoup de personnes affectées de cette maladie sont en même temps sujettes à la diplopie lorsqu'elles regardent un objet d'un petit volume en tenant l'œil sain fermé.

La nature de cette altération visuelle peut s'expliquer ainsi :

Si l'on pratique une section de l'œil en faisant passer un plan par une partie quelconque de l'organe, les intersections de ce plan avec les surfaces de réfraction de l'œil détermineront des lignes courbes situées dans ce plan. Qu'une section soit opérée par un plan passant par l'axe du globe oculaire et parallèle à la ligne représentée par le point placé à la première distance (voir plus haut); — que l'on fasse passer un second plan par le même axe et parallèle à la ligne représentée par le point placé à la deuxième distance (par conséquent perpendiculaire au premier plan), — la courbure des surfaces de réfraction placées dans un plan sera plus forte que celle des surfaces de réfraction comprises dans l'autre plan. — Les courbures produites par tous les autres plans passant par l'axe de l'œil seront intermédiaires entre les courbures produites par les deux premières sections. — Par conséquent, chacune de ces surfaces de réfraction, au lieu d'être des portions de solides de révolution autour de l'axe de l'œil, formeront des ovoïdes. — L'affection dont il est question peut provenir de la déformation congénitale ou acquise d'un des milieux réfringents de l'œil. Dans un cas, le cristallin seul présentait une déformation congénitale causée par une double pression latérale. — La position oblique du cristallin par rapport à l'axe visuel peut aussi produire la même maladie. — Dans tous ces cas, on peut dire que l'œil affecté a deux foyers; l'indication est donc de réunir ces deux foyers en un seul. Pour y parvenir, le procédé optique à employer est d'adapter devant l'œil une lentille semblable à

celle que l'on obtiendrait en faisant passer par une portion de cylindre un plan parallèle à son axe; si l'on opère ensuite une seconde section par un plan perpendiculaire à l'axe du cylindre, il est évident que dans le premier plan la section produira deux surfaces parallèles (sans changer par conséquent la direction des rayons réfractés), la seconde section donnera une courbe d'un côté; donc le changement dans la réfraction des rayons lumineux pourra être soumis pour ce second plan, aux mêmes calculs que ceux des lentilles ordinaires. — Il s'ensuit que la concavité de la lentille cylindrique pourra être calculée de manière à ce que les rayons convergents d'un foyer paraissent diverger de l'autre, ou en d'autres termes, les deux distances auxquelles le point lumineux donne l'image d'une ligne, comme dans l'expérience citée plus haut, indiqueront les deux foyers conjugués de la lentille.

Il résulte de cet exposé que dans les cas d'astigmatisme il faudra mesurer la distance focale et faire les opérations mathématiques indiquées plus haut, afin de faire confectionner une lentille spéciale pour chaque cas. — Cette lentille adaptée à l'œil sain produit alors la même aberration que celle qui existe dans l'œil affecté.

L'auteur dit être lui-même affecté d'astigmatisme; une lentille appropriée a opéré une amélioration prompte de l'œil malade, surtout pendant les premiers temps de l'usage de la lentille; après quelques mois, les progrès en mieux sont devenus plus lents. M. Goode termine en faisant connaître qu'il a pu rendre complétement la vue à plusieurs personnes affectées d'astigmatisme poussé au point d'abolir la vision distincte. Dr J. Smits.

Sommaire.

Imprimerie de F. Marchal, 96, rue de Ruysbroeck.

ANNALES
D'OCULISTIQUE
PUBLIÉES
Par le docteur FLORENT CUNIER.

Tome XX. — 4e série. Tome 2e. — 8e livraison.
15 NOVEMBRE 1848.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ANAPLASTIE DES PAUPIÈRES.

Observations communiquées par M. le docteur GAILLARD,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

L'anaplastie des paupières, et en général les opérations destinées à restaurer les difformités congénitales ou acquises de ces voiles, méritent au plus haut point de fixer l'attention des praticiens.

Un progrès immense a été imprimé, dans ces dernières années, à cette partie de la chirurgie; il est aujourd'hui remédié à des lésions qui étaient naguère réputées incurables. Les procédés opératoires sont de plus en plus perfectionnés, simplifiés; toutefois, l'expérience clinique doit prononcer encore sur la valeur définitive de quelques-uns. Nous apportons notre pierre à l'édifice en construction, en livrant à la publicité les faits suivants, qui se lient intimement à ceux que nous avons fait connaître déjà (1).

Obs. I. — *Entropion. Blépharophimosis.* — *Anaplastie.* — *Guérison.*

Martial Damant, de Bellac (Haute-Vienne), journalier, âgé de 42 ans, a été atteint depuis huit ans d'ophthalmies répétées. Des accidents sont survenus et se sont successivement aggravés; depuis dix mois, l'œil gauche est impropre à la vision; le droit très-fatigué : le malade peut à peine se conduire à tâtons, et il lui est devenu impossible de travailler.

15 *mai* 1848. — Damant tient les yeux presque toujours fermés et ne peut supporter la lumière; les yeux sont larmoyants; les paupières contractées et appliquées sur le globe (blépharospasme); leur ouverture est étroite : mesurée d'un angle à l'autre, elle n'a que 18 millimètres; le bord des paupières est couvert de productions croûteuses, il est déformé et comme cicatrisé; il se porte en dedans, s'enroule du côté de la cornée et s'applique sur cette membrane; les conjonctives sont rouges, boursouflées; elles sécrètent un mucus catarrhal épais. De nombreux vaisseaux, profonds et su-

(1) *Annales d'Oculistique,* vol. XVIII, p. 241, vol. XIX, p. 233.

perficiels, se rendent en faisceaux vers les deux cornées et se continuent avec ceux qui serpentent sur ces membranes elles-mêmes.

L'œil droit est le plus malade : son bord est plus profondément altéré, et de sa surface naissent des cils nombreux, courts, disposés en brosse; ces cils sont implantés sur plusieurs points d'une manière vicieuse, et se dirigent vers le globe oculaire, qu'ils balayent et irritent continuellement; la cornée est leucomateuse à sa partie inférieure et externe; l'ouverture pupillaire est à moitié cachée. Lorsqu'au moyen d'une traction exercée sur les paupières on veut les éloigner du globe de l'œil, la paupière inférieure obéit; mais la supérieure se contracte, s'insurge, et il faut une certaine force pour retourner son bord libre: l'angle externe se fendille et saigne; il y a même en dehors, près de la commissure, plusieurs pinceaux de poils rudes qui se dirigent en dedans et frictionnent le globe, quelle que soit la traction que l'on puisse opérer sur la paupière, en pinçant largement les téguments de la paupière avec une pince qui fournit un grand pli, on n'obtient qu'une réduction insignifiante du bord palpébral.

OEil gauche. L'entropion est simple ; un rang de cils uniformes et bien serrés balaye continuellement la cornée; cette membrane offre un petit ulcère central, vers lequel convergent des vaisseaux flexueux.

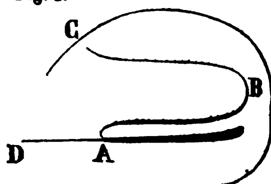
Cette situation est pénible. Que faire ? Le procédé ordinaire (résection de la peau de la paupière) est insuffisant. La méthode de Crampton ne relève point les angles du bord palpébral, et ici les lésions principales sont aux commissures; encore cette méthode laisse sur le bord palpébral des encochures difformes. L'ablation du cartilage tarse, conseillée par Saunders, n'a point obtenu l'assentiment des opérateurs. Je comprends cependant que, dans un cas semblable, on puisse s'y décider. Enfin, ces procédés sont propres à rétrécir encore l'ouverture palpébrale par de nouvelles cicatrices, des tiraillements, etc.

Nous instituons un procédé qui devra avoir pour résultat : 1° le redressement du bord ciliaire par l'excision d'un lambeau emprunté à la paupière supérieure; 2° la cessation du blépharospasme par l'incision du muscle orbiculaire; 3° l'agrandissement de l'hiatus des paupières et le soulèvement du bord ciliaire par l'addition d'un lambeau anaplastique au bord palpébral.

Opération. — 17 mai 1848. — La paupière supérieure est soulevée et tendue sur une plaque de buis; une incision commencée en A (fig. 1) à la commissure externe des deux paupières, remonte de 3 millimètres et se prolonge horizontalement en suivant, à la distance de 8 millimètres, le bord ciliaire jusque vers l'angle interne de l'œil; une deuxième incision parallèle, commencée en C à la queue du sourcil, finit en se réunissant à la précédente en B, découpant ainsi un lambeau horizontal dans la paupière supérieure. La base

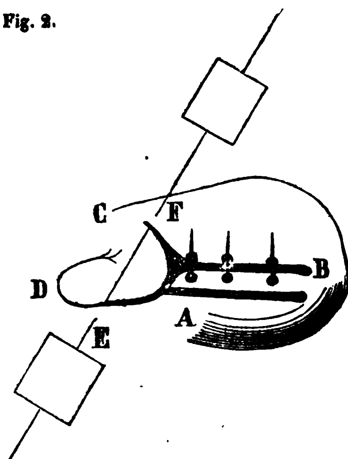
de ce lambeau est en dehors, sa pointe en dedans; sa hauteur verticale (voir *fig.* 1) est d'environ 8 millimètres. Ce lambeau est

Fig. 1.



disséqué avec soin de sa pointe à sa base; on enlève avec lui les fibres de l'orbiculaire jusqu'au ligament suspenseur de la paupière. Il devient flottant alors par une incision horizontale très-profonde de A en D. On ouvre largement la commissure externe des paupières dans l'étendue de 1 centimètre. Cette incision est continue à l'incision A B qui circonscrit le lambeau.

Fig. 2.



Trois fines épingles et la suture entortillée réunissent la plaie de la paupière supérieure; un point de suture en pont est placé verticalement de l'une des lèvres à l'autre de la plaie AD (fig. 2). Le lambeau, bien séparé de ses adhérences à la paupière, est retourné sur champ, replié sur lui-même, de manière que sa pointe se loge en D, son bord supérieur dans le fond de l'incision AD, sa face saignante correspondant à la lèvre supérieure de cette incision et sa face cutanée à la lèvre inférieure de la même incision. Ce lambeau est profondément incrusté, au moyen de la suture en pont, dans l'intervalle des deux lèvres de l'incision A D.

Lotions d'eau froide toutes les heures. La réaction inflammatoire est modérée.

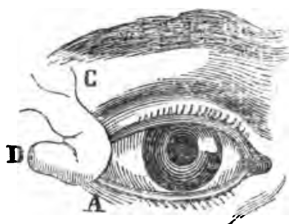
Le 23, la plaie de la paupière supérieure est réunie par première intention; le lambeau est bien placé et n'a subi aucune déperdition. Le bord ciliaire est soulevé et redressé; mais pour obtenir l'extroversion de tous les cils qui se portent en arrière, nous cautérisons avec le nitrate acide de mercure le limbe de la paupière supérieure placé immédiatement au-dessus des cils.

Le 26, l'œil opéré va bien. Nous faisons au moyen du caustique Filhos une large et profonde escarre ovalaire à la paupière supé-

rieure de l'*œil gauche* pour obtenir le redressement du bord palpébral dévié.

Le 1er juin 1848, l'œil droit est dans un état satisfaisant : aucun cil ne frotte plus sur la cornée; les plaies sont presque cicatrisées; les paupières s'ouvrent largement; le blépharophimosis a disparu; l'hiatus des paupières a 24 millimètres de longueur, 0 m. 006, (6 millimètres de plus qu'avant l'opération), et 10 millimètres de hauteur verticale. Cette large ouverture des paupières frappe de prime abord l'observateur qui compare l'œil droit dans son état actuel à l'œil gauche encore si resserré. — Le petit lambeau forme un bord de 1 centimètre de longueur, surajouté à la pointe externe de la paupière supérieure : il est un peu saillant, bosselé; mais il y a lieu de croire qu'il s'affaissera avec le temps, comme cela arrive toujours aux lambeaux anaplastiques. Ce lambeau a pour effet non-seulement d'agrandir l'hiatus des paupières et de prolonger la paupière supérieure, mais encore de soulever la pointe de cette paupière, de la porter en haut et un peu en avant.

La figure ci-après donne une idée exacte du résultat obtenu.



Le malade est fort satisfait; il voit bien à se conduire et à travailler; il ne souffre point. Les cornées s'éclaircissent de jour en jour, car le résultat a été aussi complet du côté de l'œil gauche. Martial veut retourner dans sa famille.

La blépharite chronique, qui a fini par déterminer ces lésions si graves, a résisté à des traitements méthodiques qui lui ont été opposés par plusieurs confrères très-éclairés : nous pensons qu'elle doit être entretenue par une diathèse herpétique. Nous conseillons au malade : 1° de faire de fréquentes lotions avec une injection chaude de thym; 2° tous les jours une friction douce avec la pommade au précipité rouge porphyrisé; 3° enfin de prendre à son dîner, dans la première cuillerée de potage, une bonne pincée de fleurs de soufre. Ce traitement devra être continué pendant plusieurs mois.

P. S. Lorsque nous avons pratiqué cette opération, nous ne connaissions pas l'ingénieuse méthode de M. d'Ammon pour la *Canthoplastie* (1). Nous avons rempli une indication analogue et obtenu

(1) *Annales d'Oculistique*, 3e vol. supplémentaire, p. 101.

un résultat complet par un procédé différent. L'expérience clinique prononcera sur les avantages propres à ces deux procédés. Il nous semble que celui que nous avons imaginé sera d'un effet plus certain dans les rétrécissements et déformations de l'ouverture palpébrale portés à un haut degré.

Obs. II. — *Cancer de la paupière.—Blépharoplastie.—Quelques modifications au procédé de Dieffenbach.*

B., âgé de 50 ans, est atteint depuis plusieurs années d'un cancer de la paupière inférieure gauche; un ulcère à bords élevés et indurés occupe toute la paupière; il reste à peine de chaque côté 2 ou 3 millimètres du bord palpébral à conserver.

Le 4 octobre 1848, nous pratiquons l'ablation complète des parties malades et l'anaplastie, par le procédé de Dieffenbach, tel qu'il est figuré dans la *Chirurgie oculaire* de M. Deval. Tout se passe bien; l'excision de l'ulcère nous donne une vaste plaie qui est remplie par un lambeau *large* et *lâche* appartenant à la joue : trois petites épingles consolident le bord nasal du lambeau, une épingle son angle externe. Le résultat immédiat est parfait; néanmoins, le troisième jour, la peau fine, mince et tendre de la région lacrymale, s'est rétractée et affaissée; l'épingle a coupé les chairs, la plaie a bâillé en haut de 1 centimètre. — Le dixième jour, malgré les bandelettes de collodium appliquées pour maintenir une coaptation exacte, les deux bords écartés se cicatrisent séparément; il reste une gouttière très-désagréable à la vue.

Alors nous avivons fortement les deux bords de la solution de continuité avec le crayon d'azotate d'argent; le lendemain, nous allongeons l'angle inférieur de la gouttière par une incision profonde et verticale de 2 centimètres; nous disséquons en dessous et nous décollons dans toute sa hauteur le bord nasal de la plaie, puis nous le relevons de manière que la petite portion de ce bord, qui contribuait précédemment à former la gouttière, devienne horizontale et constitue le bord palpébral; puis au moyen de deux points de suture enchevillée qui comprennent, à droite et à gauche, largement toute l'épaisseur des deux lambeaux, nous les rapprochons et les pressons fortement l'un contre l'autre. — Le 19, nous resserrons les sutures.—Le 21, nous appliquons sur les deux lambeaux, toujours pressés l'un contre l'autre, une couche de collodium; puis nous enlevons les fils de la suture. Tout va bien : la réunion des parties est solide, la guérison semble prochaine.

A l'avenir, lorsque nous mettrons en usage l'élégant procédé de Dieffenbach, nous aurons soin de décoller le bord nasal de la plaie, et nous réunirons solidement les parties par la suture enchevillée, qui s'applique mieux à ces surfaces concaves.

NOTE SUR UNE MODIFICATION APPORTÉE PAR M. LE DOCTEUR JULES ANSIAUX A LA PINCE DE M. LE DOCTEUR DESMARRES POUR L'EXTIRPATION DES TUMEURS ENKYSTÉES DES PAUPIÈRES ;

Par le docteur GUERREIRO (de Lisbonne),
Chef de clinique du dispensaire ophthalmique de Liége.

Les chirurgiens se sont toujours plaints des difficultés que présentait l'extirpation de ces tumeurs ; difficultés déterminées par la mobilité de ces productions morbides et des voiles oculaires, qui empêchent le libre maniement de l'instrument. Ajoutons à cela l'écoulement de sang toujours abondant dans des parties très-riches en vaisseaux, et on aura un ensemble de circonstances qui rendent l'opération lente, quelquefois très-douloureuse, et souvent imparfaite.

Frappé de cet inconvénient, M. le docteur Desmarres a inventé une pince dont je crois devoir rappeler la description, consignée dans les *Annales d'Oculistique*, vol. XVI, p. 111 :

« Cet instrument est une pince ordinaire dont les mors sont remplacés par une plaque et par un anneau qu'une vis de rappel rapproche de manière à exercer une compression convenable sur la paupière malade, qu'on engage entre eux.

» Cette pince-anneau s'applique avec la plus grande facilité : on engage sous la paupière la branche postérieure (la plaque) tout entière, ou seulement l'une de ses extrémités, lorsque la tumeur est d'un petit volume et rapprochée du bord libre, en prenant soin de tendre convenablement la peau ; puis l'on serre la vis de rappel dans le but d'exercer autour de la tumeur une compression suffisante pour empêcher le sang d'arriver jusqu'aux parties qui doivent être divisées.

» Les avantages de cet instrument sont : 1° de fixer la tumeur ; 2° d'empêcher l'hémorrhagie, qui, dans ces petites opérations, gêne singulièrement l'opérateur, qui ne peut souvent donner un coup de bistouri qu'à d'assez longs intervalles, surtout s'il veut opérer avec soin et ne faire aucune perte de substance inutile, soit dans le tarse, soit dans tout autre tissu. »

L'application de l'instrument de M. Desmarres est lente et quelquefois très-difficile. M. Jules Ansiaux a paré à ces inconvénients par des modifications apportées à la forme primitive de l'instrument ; il en a rendu l'application plus aisée et plus prompte.

La vis de rappel destinée à rapprocher les branches disparaît, et celles-ci sont coudées de manière que la branche antérieure, terminée par la plaque, devient postérieure à l'endroit où elle se coude, et la branche postérieure qui soutient l'anneau devient antérieure au même endroit ; l'anneau s'applique contre la plaque

quand l'instrument est fermé et exerce une pression qui est encore augmentée par la présence d'une rainure sur la surface antérieure de la plaque et correspondant au cercle de l'anneau qui s'y engage. En un mot, c'est une pince à branches entrecroisées qui s'écartent dès qu'on les presse et se rapprochent quand on cesse d'agir sur elles.

Fig. 1.



FIGURE I. Pince fermée, vue de face.

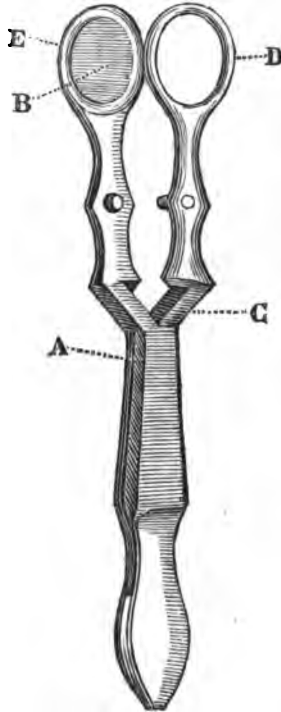
FIGURE II. Pince ouverte, vue de face.

A. Branche antérieure coudée, devenue postérieure et terminée par la plaque B.

C. Branche postérieure, devenue antérieure par la même cause que la précédente, et terminée par l'anneau D.

E. Rainure sur la plaque B, dans laquelle est engagé l'anneau D, ainsi que cela est visible dans la figure I.

Fig. 2.



La pince conserve, comme celle de M. Desmarres, deux branches terminées par une plaque et un anneau. La forme ronde remplace la disposition ovale; celle-ci peut toutefois être utile dans certains cas.

La manœuvre est différente de celle de la pince de M. Desmarres. Les deux extrémités écartées, comme je l'ai dit plus haut, on glisse la plaque sous la paupière, et la tumeur, isolée sur cette dernière, est immédiatement embrassée par le cercle de l'anneau qui la fixe

parfaitement; puis on procède aux autres temps de l'opération. On peut aussi placer la plaque à la face externe de la paupière et l'anneau à sa face interne, si l'on doit enlever la tumeur par en dedans. La paupière peut être retournée avec une extrême facilité.

Comme on le voit, ce mode opératoire est facile et rapide ; il en est de même du déplacement de l'instrument.

La forme arrondie de la plaque en rend l'application plus commode, car cette plaque, présentant moins de surface, est bien plus facilement engagée sous les bords libres des paupières et mieux sous la paupière inférieure et près des angles, où la plaque ovalaire ne s'engage qu'avec peine et avec perte de temps.

On pourra peut-être reprocher à la pince de M. Jules Ansiaux de n'exercer qu'une pression incomplète, tandis qu'avec la vis de rappel on peut augmenter ou diminuer à volonté cette pression. Je répondrai à cela que, si le ressort de la pince est assez fort et tel que l'a confectionné M. Rubbers (de Liége), chargé de l'exécution de l'instrument, il y aura toujours pression suffisante, et que toutes les fois que M. Jules Ansiaux en a fait usage, elle n'a jamais fait défaut : il est vrai de dire que parfois son emploi est douloureux et que la crainte d'accidents nerveux chez les sujets pusillanimes contraint le chirurgien, sinon à enlever l'instrument, du moins à faire tempérer sa force par une pression que l'aide exerce sur les branches.

J'ai vu cet accident survenir deux fois; mais tout autre instrument produirait le même effet.

L'instrument ainsi modifié a été employé par plusieurs praticiens, entre autres par M. Cunier, et tous lui ont reconnu les avantages que je viens de signaler (1). Ce n'est pas seulement dans l'extirpation des tumeurs des paupières qu'il peut rendre des services à l'opérateur, il peut encore être utile dans plusieurs autres circonstances : par exemple, dans l'opération des *trichiasis* par le procédé de Vacca Berlinghieri.

(1) M. Bosch et moi nous avons fait usage, dans un très-grand nombre de cas, tant de la pince de M. Desmarres, telle que notre confrère parisien l'a fait construire, que de celle modifiée par M. Ansiaux. Nous avons trouvé que cette dernière remplit aussi complétement le but que la première, et nous lui donnons aujourd'hui la préférence, à cause de son application facile et plus rapide. — L'anneau de la pince que M. Ansiaux m'a fait tenir est ovalaire. Je pense que cette forme est infiniment préférable, et je suis bien persuadé que M. Ansiaux y reviendra. Florent Cunier.

Nous l'avons vu, dans un cas étranger à l'ophthalmologie, servir à enlever une pierre incrustée dans la face interne de la joue, chez un individu qui se présenta à la consultation. L'instrument fut introduit ouvert, l'anneau en dedans et embrassant le fragment de pierre, qui fut fixé de cette manière et retourné en dehors, puis extrait avec la plus grande facilité.

UTILITÉ ET APPLICATION DES YEUX ARTIFICIELS ;

Par le docteur Ch. DEVAL, de Paris.

L'art qui consiste à dissimuler la difformité résultant de la perte d'un œil, par l'intervention d'une pièce nommée *œil artificiel*, s'appelle *prothèse oculaire*. Si nous avons pensé que quelques documents sur cette intéressante partie de la chirurgie ne seraient pas hors de propos, c'est qu'on ne peut révoquer en doute que des idées erronées sur cette matière n'existent pas seulement chez les personnes étrangères à l'exercice de notre art : en France, comme ailleurs, nous avons rencontré bien des médecins fort peu au courant des données pratiques qui s'y rattachent. Un grand nombre de celles que nous avons consignées dans cet article ont été publiées par nous, il y a plusieurs mois, dans la *Gazette médicale* : quelques progrès ont été faits depuis lors ; nous avons dû en profiter dans ce travail.

Il y a indication de prothèse quand un bulbe, nuisant à l'harmonie des traits, est irrévocablement perdu pour la vision pendant que son congénère jouit des fonctions visuelles. Extirper le globe, comme quelques-uns l'ont fait, pour disposer les parties à l'accomplissement de la prothèse, est une de ces fautes qu'il est à peine utile de signaler. Ce serait une erreur que de croire qu'une tentative chirurgicale doit constamment précéder l'application des yeux postiches. Un tubercule très-convenable résulte très-fréquemment d'une kératite ulcéreuse, d'une ophthalmo-blennorrhée, d'une lésion traumatique accidentelle, d'une opération malheureuse de cataracte ; et si, dans le staphylôme de la cornée, dans la cirsophthalmie, etc., il y a urgence, pour obtenir un moignon, d'attaquer le miroir de l'œil et d'en évacuer partiellement les humeurs, l'opération entreprise a fort souvent moins pour but de corriger une difformité que de faire cesser les douleurs qui assiégent le malade. Quelle que soit d'ailleurs l'origine du moignon, il importe qu'on n'ait recours à la pièce prothésique qu'après que le travail inflam-

matoire s'est tout à fait évanoui ; le contact d'un corps étranger avec des tissus encore en souffrance pourrait amener une recrudescence phlegmasique susceptible d'occasionner des douleurs et d'influer sur les dispositions du moignon. On a aussi recommandé d'y accoutumer peu à peu les parties, à l'aide d'une pièce moins volumineuse que celle qui sera conservée en dernier ressort ; précaution offrant, dans certains cas, des avantages, mais qui n'est pas toujours indispensable.

Bien que tous les moignons dont les dimensions n'excèdent pas celles de l'œil sain soient aptes à recevoir l'émail, on peut admettre en principe que la condition la plus propice consiste dans une légère réduction du bulbe. C'est elle que nous obtenons, dans l'opération du staphylôme de la cornée, après la résection de cette membrane et la sortie du cristallin. Celse (lib. 7, cap. 7) enseigne de n'enlever que le sommet du staphylôme : *in summa parte ejus, ad lenticulae magnitudinem exscindere.* Le procédé de Scarpa s'éloigne peu de ce précepte. Woolhouse, Sabatier, Demours, veulent que l'on retranche avec la tumeur une zone circulaire de la sclérotique ; expédient vicieux dont nous avons signalé les inconvénients dans notre ouvrage (1). Nous avons toujours préféré, avec nos illustres maîtres Jäger et Rosas (de Vienne), extirper la presque totalité de la cornée et de l'iris qui la double, respectant, à la périphérie de la plaie, une languette très-étroite de ces membranes. Nous avions pour habitude, d'après l'avis de quelques Allemands, de solliciter, dans cette occurrence, l'expulsion d'un peu d'humeur vitrée; nous ne suivons plus cette pratique, dans la crainte d'une évacuation trop forte de ce fluide, dont l'écoulement ne saurait jamais être maîtrisé, à cause des contractions spasmodiques des muscles de l'œil. Il vaut toujours mieux avoir un moignon un peu gros qu'un moignon trop petit. M. Boissonneau père annonce, dans le travail qu'il vient de publier (2), que le docteur Küchler (de Darmstadt) obtient des tubercules très-réguliers et irréprochables, au point de vue de la prothèse, à la faveur d'une simple incision, transversalement effectuée avec le couteau à staphylôme et dans la direction d'un angle à l'autre, au sein des bulbes staphylômateux ou cirsophthalmiques ; l'instrument, qui entre et ressort à une distance varia-

(1) *Chirurgie oculaire*. Un vol. in-8°, avec planches. Paris, 1844.

(2) *Formulaire-Boissonneau*, ou Indications pathologiques à transmettre pour diriger par correspondance l'exécution des yeux artificiels. Paris, 1848. Chez l'auteur, rue Neuve-des-Mathurins, n° 17.

ble de la cornée, suivant les dimensions du globle dégénéré, tranche la sclérotique et les membranes sous-jacentes, ainsi que la cloison cornéo-iridienne ; le cristallin est enlevé avec la curette de Daviel. S'agit-il, continue l'auteur, d'un bulbe affecté d'une grande augmentation de volume, la plaie sera réouverte pendant deux ou trois jours; l'écoulement des humeurs, qui en résulte, et les réfrigérants suffisent pour conjurer les accidents inflammatoires et engendrer une atrophie convenable.

Les paupières tiennent-elles au moignon par des brides plus ou moins serrées, plus ou moins étendues (symblépharon), on divise celles-ci avec les ciseaux ou avec le scalpel; puis on place entre les surfaces saignantes un émail, afin d'empêcher la reproduction des adhérences. Cette manière d'agir ne sera couronnée de réussite, d'après M. Boissonneau, que s'il existe un espace libre vers la rainure oculo-palpébrale. Je me suis maintes fois servi avec avantage, dans cette circonstance, du petit couteau boutonné de Jüngken ; la figure 22 de la planche II de mon ouvrage le représente : on le trouvera parfaitement exécuté chez l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, M. Lüer. Des végétations sarcomateuses, des replis fongueux de la conjonctive, susceptibles de contrarier l'établissement de l'appareil, devraient de même être enlevés. Je lis dans le *Formulaire* de M. Boissonneau, que le docteur Ansiaux (de Liége), après avoir détaché les brides avec précaution, cautérise légèrement chaque jour, avec le nitrate d'argent, la surface malade de la paupière, tandis qu'il étale une couche d'huile sur la plaie oculaire.

Il suit de là, d'après M. Ansiaux, que les deux solutions de continuité, qui sont modifiées d'une manière différente, n'ont pas de tendance à se ressouder, le globe restant libre dans ses mouvements. L'opération est réitérée une ou plusieurs fois, en cas d'apparition d'adhérences nouvelles. Ce procédé rappelle celui dont usait Sanson dans l'ophthalmie blennorrhagique (1); tous deux reposent sur la même théorie. Les obstacles semblent-ils de nature à contre-indiquer l'emploi d'expédients chirurgicaux, ou, ce qui arrive le plus souvent, le client ne consent-il pas à s'y soumettre, on peut s'en abstenir, laissant à l'artiste le soin de conformer son travail aux dispositions existantes.

La mobilité des yeux artificiels est une des conditions qui con-

(1) Ch. Deval, *loc. cit.*, page 204. — Julliard (de Genève). *Thèse inaugurale.* Paris, 1835.

tribuent le plus à l'illusion; elle dépend de celle du moignon, qui, roulant dans l'orbite, entraîne avec lui la coque qui le couvre; d'où des mouvements en harmonie avec ceux du bulbe congénère. Rappelons que la périphérie de l'émail repose sur le grand pli conjonctival, qui lui transmet également le mouvement dont il est le siége. Fréquemment même, les yeux artificiels qu'on loge dans les orbites après l'ablation du globe, ne sont pas exempts d'un certain degré de ballottement, lequel n'est dù qu'au jeu des paupières, et qui amoindrit très-efficacement la difformité. Plus, dans cette occurrence, aura été faible le délabrement subi par les tissus intra-orbitaires, et plus existera cette condition de mobilité, toujours plus ou moins obscure; le procédé d'extirpation de l'œil, de M. Bonnet (de Lyon), y conduira de la manière la plus satisfaisante. Qu'on se rappelle les dispositions, aujourd'hui bien connues, de la toile cellulo-fibreuse qui engaîne le globe et ses cordes motrices, et se rend aux paupières, et l'on y trouvera de nouvelles lumières sur la mobilité des yeux prothésiques.

Le rétablissement de la régularité des traits de la face n'est pas le seul bénéfice attaché à la prothèse oculaire. Dans le cas où les mucosités et les larmes s'accumulent à l'intérieur de l'orbite et tombent de là sur la joue, l'utilité de l'œil artificiel ne saurait être contestée pour reconstituer la route naturelle de ces fluides, tant par le plan qu'il leur offre que par le support qu'il fournit aux voiles palpébraux. Quand un moignon, s'il est notamment de petit volume, a été longtemps livré à lui-même, la fente inter-palpébrale se rapetisse; l'orbiculaire et l'élévateur surtout de la paupière supérieure tombent dans une sorte de collapsus, de semi-paralysie, par l'effet de l'inaction où les jette le défaut d'appui où ils se trouvent; le voile supérieur ne se relève qu'incomplétement, frappé d'un certain degré de ptosis. Or, tout revient aux conditions physiologiques par l'usage, suffisamment continué, de l'émail, qui refoule en avant les paupières déprimées contre la fosse orbitaire. De là encore la disparition des entropions, qui viennent si fréquemment fatiguer les moignons par l'introversion des cils; nous avons même vu des ectropions inférieurs heureusement modifiés par la pose de l'émail, qui, faisant basculer de haut en bas et d'arrière en avant le bord orbitaire du tarse, tend à ramener le bord libre de la paupière de bas en haut et d'avant en arrière. M. Boissonneau a remarqué que les granulations palpébrales, que l'on sait si tenaces, cédaient parfois, avec une grande rapidité, à la douce compression

déterminée sur elles par le corps étranger ; d'où il est permis de tirer cet enseignement : quand un moignon a été produit par une ophthalmie purulente, qui a laissé des granulations à sa suite, ce qui arrive si fréquemment, l'émail doit intervenir, aussitôt que possible, comme expédient curatif de ces dernières. L'observation démontre qu'après l'ablation des organes contenus dans l'orbite, les parois de cette fosse s'affaissent progressivement les unes contre les autres, la capacité de l'enceinte osseuse diminuant, à la longue, du tiers, de la moitié, finissant même quelquefois par être presque complétement abolie ; souvent alors le nez se dévie et se tord de ce côté; le sourcil se déprime, et le haut de la face s'aplatit ou s'excave vers l'orbite affaissée : phénomènes qu'on rencontre notamment chez les malades dépourvus de leur œil depuis leur enfance. Un sujet dont le docteur Pétrequin fit l'autopsie trente ans après l'ablation du globe, et qui, depuis lors, n'avait jamais cessé d'user d'un émail, ne présentait pas ce rétrécissement orbitaire d'une manière sensible; disposition explicable, sans doute, par un certain appui qu'avait fourni l'appareil aux parois osseuses : elle donnerait à penser, comme le fait remarquer M. Florent Cunier, que l'œil artificiel est un expédient efficace contre l'inconvénient signalé. Cet affaissement et les désordres périphériques qui l'accompagnent, surgissent parfois encore, bien qu'à un plus faible degré, lorsqu'une orbite ne renferme qu'un moignon exigu, la prothèse venant, à cet égard, nous prêter un concours utile.

Un œil artificiel se présente sous forme d'une petite capsule elliptique, lisse et légère, avec deux faces, deux bords, deux extrémités. La paroi antérieure, plus ou moins convexe, donne l'image de l'hémisphère antérieur du bulbe congénère ; la face postérieure, concave, coiffe et emboîte le moignon; arrondis et mousses, les bords supérieur et inférieur se logent dans le grand pli conjonctival, qui correspond à chacun d'eux ; l'extrémité externe, qui limite la portion de l'appareil vulgairement appelée *culasse*, se met en rapport avec la région temporale du moignon; l'extrémité interne, plus rapprochée que l'autre de la cornée prothésique, prend place près de la caroncule lacrymale. Quand des brides ou des mamelons, qu'on a jugé à propos de ménager, gênent l'introduction de l'instrument ou le poussent vers le côté opposé à celui que ces obstacles occupent, des échancrures, des anfractuosités destinées à les recevoir, doivent être effectuées au pourtour de l'appareil. Celui-ci offre, dans quelques cas, des excavations faites pour loger une

cornée douée de sensibilité, un staphylôme, une tumeur quelconque. Son installation est chose facile. Le malade étant assis, le chirurgien saisit l'émail par ses deux bords, entre les dernières phalanges du pouce et de l'indicateur de la main droite, la face convexe de la pièce étant en avant, l'extrémité temporale en haut. Puis le pouce de l'autre main soulève la paupière supérieure, et l'on engage profondément, entre celle-ci et le moignon, la portion dite *culasse ;* après quoi, l'on imprime à l'émail un mouvement de rotation sur son axe, qui conduit la culasse, de haut en bas, vers la commissure temporale; le voile supérieur aura dû être abandonné, après l'introduction et un léger virement de l'appareil : il suffit, dès lors, qu'on relève, de la main gauche, la coque saisie par sa partie inférieure et qu'on déprime, en même temps, la paupière inférieure, pour que la pièce file vers les points qu'elle doit occuper et s'y arrête d'une manière solide. S'il est important, au début de la manœuvre, d'engager verticalement sous la paupière supérieure le diamètre horizontal de l'œil postiche, c'est que le rapprochement des commissures palpébrales en rendrait l'entrée dans un sens opposé, incommode et épineuse. La première application de l'émail est toujours un peu fatigante; au bout de quelques minutes, il est déjà mieux toléré; bien des malades le gardent ensuite toute la journée, devenant un objet d'étonnement et de curiosité pour les personnes habituées à les considérer comme borgnes. On apprendra bientôt à le placer soi-même, d'après les principes ci-dessus exposés. Pour l'enlever, le malade se met devant une glace, abaisse la paupière inférieure, et loge sous le milieu du bord inférieur de la coque la grosse extrémité d'une forte épingle, qui pénètre derrière ce bord : M. Boissonneau indique, à cet effet, un petit passe-lacet à tête; l'appareil bascule bientôt sur lui-même, et vient tomber dans la main ou sur un corps mou disposé à le recevoir. Il convient de le retirer tous les soirs, de le laver, de l'essuyer avec précaution; M. Boissonneau conseille de le poser, durant la nuit, dans une petite boîte, et non dans un verre d'eau, comme le veut un ancien usage, l'humidité étant, d'après lui, l'une des influences qui contribuent à la détérioration des émaux. Le papier fin, suivant le même auteur, est préférable, comme enveloppe, au coton, qui offre l'inconvénient d'abandonner sur la pièce des fibrilles qui s'y collent.

Le point le plus capital, sans aucun doute, dans l'exécution de la prothèse oculaire, gît dans les conditions d'appropriation de l'appareil; or, comme les mutilations ne sont jamais identiques, il suit

de là que la configuration des émaux doit varier pour chaque individu, et que les pièces confectionnées d'avance, celles de pacotille surtout, comme les yeux de Venise, doivent être rejetées. A Paris, seule ville du monde où l'on fait bien l'œil artificiel, le malade se rend chez l'artiste, qui constate l'état des parties et leur prépare un émail approprié ; il faut se mettre en rapport avec lui, par correspondance, lorsqu'on habite la province ou l'étranger et qu'un voyage à Paris est inexécutable. Décrire ici les moyens les plus propres à conduire au but désiré, dépasserait les bornes que nous avons assignées à cet article ; M. Boissonneau a fourni, sur ce sujet, les renseignements les plus précis et les plus minutieux : nous prierons le lecteur de recourir à son *Formulaire*.

Les données que nous venons d'exposer conduiront peut-être à cette idée, que la prothèse oculaire, dont les avantages sont généralement peu appréciés, est un art qui mérite d'être popularisé à bien des titres. Lorsqu'un œil a été fait avec talent et qu'il s'adapte convenablement à un moignon doué de mobilité, non-seulement la difformité est masquée de telle sorte qu'on ne s'en aperçoit nullement dans le monde, mais les praticiens même s'y trompent presque constamment. Dans mes consultations cliniques sur les maladies des yeux, j'ai bien souvent interrogé de jeunes médecins sur l'affection supposée dont pouvait être atteint un bulbe muni d'une pièce de ce genre, et, plus d'une fois, on ne soupçonna pas l'artifice ; on diagnostique généralement ici une amaurose, maladie dans laquelle ni le malade ni le médecin ne voient rien, pour me servir de l'expression judicieuse de M. de Walther. MM. Boissonneau père et fils, dont on a pu admirer les beaux travaux à l'exposition des produits de l'industrie de 1844, ont, à cet égard, atteint un tel degré de perfection, que je ne saurais assez recommander leurs émaux à mes confrères.

Nous signalerons, en terminant cet article, *la prothèse du globe oculaire et de ses annexes;* M. Boissonneau entend par là la restauration complète de l'œil et des voiles palpébraux, à la faveur d'un appareil en émail de configuration elliptique, et qui représente, d'une seule pièce, l'ensemble de ces organes. Un habitant des environs de Francfort, dont le bulbe et les paupières ont été détruits par une affection gangréneuse, porte aujourd'hui un instrument de ce genre. Mentionnons aussi quelques autres appareils que M. Boissonneau présente, dans le but de faire concourir l'art de la prothèse à la thérapeutique chirurgicale de l'œil humain : ses coques

scléroticales, par exemple, avec une cornée transparente en cristal ou avec une ouverture destinée à la région kératique. Bien que ces ingénieuses créations ne figurent encore, dans le domaine de la science, que comme pures propositions hypothétiques, on ne saurait révoquer en doute qu'il n'y ait là une idée qui peut être féconde en conséquences pratiques, devenir surtout l'objet d'applications utiles, comme expédient prophylactique, à la suite de la section des brides qui unissent les paupières au globe ou les paupières entre elles.

THÉRAPEUTIQUE DE L'OPHTHALMIE DE L'ARMÉE BELGE.—CIRCULAIRE DE M. L'INSPECTEUR GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

La circulaire ci-dessous vient d'être adressée par M. l'Inspecteur général du service de santé à tous les chefs de service des hôpitaux militaires du royaume. Nous nous empresserons d'ouvrir nos colonnes à ceux de nos confrères qui voudront examiner les propositions sur lesquelles M. Vleminckx appelle la discussion. Pour notre compte, nous n'avons pas à entrer en lice : nous avons émis, à une époque déjà très-reculée, des opinions qui peuvent différer de celles de M. Hairion (*propositions* III, IV, VII, VIII, XIII), quant à la forme sous laquelle nous les avons produites, mais qui sont absolument les mêmes quant au fond.

La dernière proposition est la seule qui n'ait pas trait à la thérapeutique; elle fixe l'attention sur l'importante question du recel des miasmes ophthalmiques, que notre collaborateur, M. le médecin de régiment Decondé, a traitée, en 1840, dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers*. Nous devons rappeler qu'en Hanovre, la désinfection projetée dans notre armée a toujours été proclamée indispensable par les médecins militaires (voir *Annales d'Oculistique*, vol. I, p. 205-212).

Nous considérons comme un devoir de reproduire ou tout au moins d'analyser les discussions qui vont avoir lieu dans les conférences scientifiques des hôpitaux militaires, et qui seront insérées dans les *Archives de Médecine militaire*.

Voici la circulaire de M. Vleminckx :

« MESSIEURS. — Malgré les travaux de quelques membres du service de santé, la question du traitement de la conjonctivite granuleuse n'est pas encore complétement résolue, et j'ai eu occasion de remarquer que bien des accidents doivent leur origine à la manière dont il est fait emploi du sel lunaire. Je désire vivement mettre un terme à cette fâcheuse situation, et, à cet effet, je crois devoir appeler votre attention sur le travail, plein d'intérêt,

récemment communiqué aux *Archives de Médecine militaire* (1) par M. le médecin de bataillon de 1re classe Hairion, et vous inviter à en soumettre les propositions principales à une discussion approfondie, dans vos plus prochaines conférences.

» Voici celles de ces propositions qui me semblent devoir faire l'objet de vos délibérations :

» I. — Les granulations vésiculeuses, quels que soient leur ancienneté, leur volume et leur nature, sont susceptibles de résolution complète par un traitement bien ordonné.

» II. — La supériorité du nitrate d'argent comme médication locale est incontestable.

» III. — Cette substance est employée sous deux formes : *solide* et *en solution concentrée* (eau distillée, nitrate d'argent cristallisé, p. e.). Dans toutes les phases de la conjonctivite granuleuse, cette dernière forme doit être préférée comme étant plus efficace et n'ayant pas les dangers de la première.

» IV. — Le nitrate d'argent jouit de deux propriétés distinctes : l'une irritante, caustique, destructive ; l'autre *dynamique*, hyposthénisante, résolutive. L'indication dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse est d'obtenir ce dernier effet et de limiter autant que possible l'effet irritant et caustique.

» V. — Toute destruction de la conjonctive par le caustique est funeste. Le tissu inodulaire qui remplace la partie détruite est souvent le point de départ des accidents les plus déplorables.

» VI. — L'ophthalmie granuleuse simple réclame seule l'usage du nitrate d'argent. Lorsque des complications viennent s'y ajouter, et au nombre des complications doit être mise la trop vive inflammation de la conjonctive, il faut préalablement les éloigner et réduire la maladie à sa plus simple expression. Alors seulement le traitement local jouit de toute son efficacité.

» VII. — L'existence d'une gonorrhée pouvant exercer sur la marche de la conjonctivite granuleuse l'influence la plus fâcheuse, et la faire passer, à l'occasion de certaines causes, à l'état d'ophthalmie purulente aiguë, le médecin doit exercer sur les parties génitales une surveillance active : *tout granulé*, avant d'être soumis au traitement, et pendant toute la durée de celui-ci, doit être l'objet, de sa part, de visites *rigoureuses* et *fréquentes*. Une blennorrhagie urétrale se déclare-t-elle ? il suspendra, jusqu'à ce qu'il en ait obtenu la guérison, le traitement local de la conjonctivite, et éloignera toutes les sources susceptibles de lui imprimer une marche plus aiguë.

» VIII. — Les applications de nitrate d'argent doivent être faites à des intervalles plus ou moins éloignés, de manière que l'effet d'une application soit complétement épuisé avant d'avoir recours à une autre. Souvent même, alors surtout que la maladie reste stationnaire, il convient de suspendre momentanément le traitement local, pour y revenir plus tard.

» IX. — La réaction qui suit nécessairement l'application du sel lunaire sur la conjonctive est la source principale des complications nombreuses et variées de l'ophthalmie granuleuse et des accidents que cette maladie occa-

(1) Ce travail a paru en même temps dans les *Annales d'Oculistique*. Voir les livraisons 2, 3, 4 et 5 du présent volume.

sionne. Ces complications sont d'autant plus à craindre que les réactions sont plus vives et surtout plus souvent renouvelées.

» X. — En général, il faut considérer comme nuisible toute cautérisation de la conjonctive suivie de douleurs vives qui se prolongent au delà de quelques heures.

» XI. — On parvient à mitiger les réactions et à les ramener dans les limites voulues par l'emploi de fomentations réfrigérantes, calmantes, l'usage de purgatifs fréquemment répétés, de pédiluves synapisés, etc., etc.

» XII. — Tous topiques, collyres, pommades, etc., donnant lieu à des réactions locales vives, présentent les inconvénients du nitrate d'argent.

» XIII. — Que l'on cesse par conséquent d'insister autant sur l'emploi de moyens locaux; que l'on favorise les effets de ceux-ci par un traitement général; que l'on s'attache surtout à ne plus voir dans l'ophthalmie de l'armée qu'une maladie locale dans tous les cas; que l'on adresse aux complications si nombreuses et si variées qu'elle présente, un traitement approprié; qu'enfin l'on évite avec le plus grand soin de faire des organes oculaires des centres de fluxion.

» Il est, Messieurs, un dernier point qui mérite de fixer votre attention : il concerne les moyens à employer pour parvenir à l'extinction du mal. Je livre donc également à vos méditations la proposition suivante :

» XIV. — La propagation de l'ophthalmie granuleuse par l'intermédiaire d'objets contaminés, tels que les vêtements, les objets de couchage et même les parois des habitations, est un fait sinon prouvé, du moins très-probable, et, partant, la désinfection de ces objets est un accessoire indispensable pour combattre cette propagation. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux français.

Bulletin général de Thérapeutique.

De la sortie du corps vitré pendant ou après l'extraction de la cataracte; par le docteur J. Sichel.—Nous avons donné dans ce journal (vol. XV, pp. 128 et 180; vol. XX, p. 112) une longue analyse d'un mémoire très-étendu de l'auteur sur les causes qui peuvent amener la fonte purulente du globe oculaire à la suite de l'extraction de la cataracte. Dans le travail dont nous avons transcrit le titre ci-dessus, M. Sichel complète son mémoire, en exposant l'influence que la procidence du corps vitré peut exercer sur les suites de l'opération.

Cet accident, considéré comme le plus funeste que l'on ait à redouter après l'extraction, est beaucoup moins fréquent et moins grave qu'on ne le pense généralement, surtout lorsqu'on observe ponctuellement les règles que l'expérience a dictées et qui ont été indiquées avec soin par M. Sichel dans le mémoire dont nous venons

de parler. Cependant, si on en croit certains praticiens, qui en cela se conforment aux idées reçues, la procidence du corps vitré n'entraîne rien moins après elle que la perte absolue et irréparable de l'œil opéré.

Les causes de cet accident peuvent se classer en trois catégories : celles qui dépendent de certaines conditions anormales de l'œil affecté, celles qui proviennent du malade, et enfin celles que l'opérateur ne peut attribuer qu'à lui-même.

Les yeux saillants et très-volumineux, qu'on appelle vulgairement *yeux à fleur de tête*, sont beaucoup plus disposés que les autres à l'évacuation d'une partie de leurs humeurs. Chez certains individus, la membrane hyaloïde, au moindre contact d'un instrument, ou par une pression même modérée, est extrêmement portée à se rompre.

Le corps vitré lui-même est souvent peu consistant, à l'état de liquéfaction. A un âge avancé, cette liquéfaction a lieu spontanément par suite d'une résorption ou d'une destruction pathologique d'une partie de la membrane hyaloïde et de ses cellules. Elle se manifeste toujours et à tout âge après les opérations pratiquées à l'aiguille, où, pendant la manœuvre, l'humeur vitrée et son enveloppe ont été sillonnées en tous sens. Aussi, dans ce dernier cas, est-il on ne peut plus imprudent d'opérer des cataractes secondaires par extraction, surtout sans apporter au procédé aucune modification, telle qu'une extrême petitesse du lambeau, ou même une simple ponction de la membrane, ou enfin l'extraction par une ouverture de la sclérotique; opération que M. Sichel a décrite il y a sept ans (voir *Annales d'Oculistique,* 1[er] vol. suppl., p. 176 et suiv.).

En second lieu, le malade peut déterminer la sortie du corps vitré et même la rendre inévitable par défaut d'empire sur lui-même, par une agitation nerveuse dont il n'est pas maître, et surtout par des contractions violentes des muscles oculaires. Cette disposition du sujet est d'autant plus funeste que l'action musculaire est en raison directe du volume des yeux; condition déjà si fâcheuse, comme il vient d'être dit à l'instant. Cette action musculaire elle-même n'est pas moins vivement provoquée par une légère injection, une irritation passagère des membranes de l'œil, qui quelquefois survient sans cause connue ; en pareil cas, on devrait toujours ajourner l'opération, surtout lorsque d'autres raisons font craindre l'écoulement des humeurs. Les muscles se contractent par moment avec une telle violence que le cristallin et une portion du

corps vitré sont lancés d'un même coup, aussitôt qu'une seule incision ou même une simple ponction sont pratiquées dans la capsule. Quelquefois, mais plus rarement, il suffit de l'irritation momentanée que ressent le malade, tourmenté par la crainte de l'opération, pour que les muscles oculaires s'agitent avec force et fassent déchirer la capsule même avant l'introduction du kystitôme. L'action de l'instrument tranchant venant encore surexciter l'organe, le cristallin et le corps vitré s'échappent violemment dès qu'une issue leur est ouverte. Enfin, plus rarement, sous l'influence des circonstances indiquées, et surtout d'une pression peu ménagée et mal dirigée, la cataracte, au lieu de sortir par l'ouverture pupillaire, se déplace à droite ou à gauche sur les côtés de la pupille et laisse au corps hyaloïdien une voie par laquelle il se précipite. Toutes les fois qu'à l'une de ces deux premières séries de causes, ou bien à toutes les deux réunies, se joignent une conformation vicieuse de l'organe de la vue ou d'autres circonstances qui augmentent la difficulté de l'extraction, il est plus prudent d'abandonner cette méthode opératoire et d'y substituer l'abaissement ou le broiement : c'est ce qu'il sera opportun de faire quand les paupières sont épaisses, étroitement fendues et difficiles à tenir écartées; quand la chambre antérieure est étroite, que les yeux sont très-mobiles.

En troisième lieu, cet accident peut dépendre du chirurgien et de la forme de ses instruments. Ces deux dernières causes peuvent en augmenter les chances, surtout lorsque plusieurs circonstances énumérées plus haut viennent agir en même temps. Sous ce rapport, on s'expose à faire sortir le corps vitré, en opérant d'une manière trop brusque, en se servant d'un kératotome trop large ou trop épais, en exerçant une pression trop forte ou trop soudaine sur le globe, soit avec le doigt, soit, comme le font certains opérateurs, avec la curette ou le manche du couteau. M. Sichel signale également comme très-nuisible tout ce qui favorise l'écartement du lambeau, à savoir : une section trop étendue ou trop petite de la cornée et tous les inconvénients sur lesquels il a déjà appelé l'attention dans son précédent mémoire. C'est surtout pendant les derniers temps de l'opération, pendant la kystotomie et la sortie du cristallin, que la procidence hyaloïdienne est imminente sous les circonstances que l'auteur a signalées. C'est alors qu'il faut y mettre une douceur extrême et une sage lenteur, exhorter le malade à rester calme et entièrement passif, lui donner le temps de revenir à lui et d'apaiser son agitation. Un précepte non moins essentiel,

selon M. Sichel, est celui de couper la dernière bride du lambeau en retirant le couteau et non en le poussant. Il faut se garder aussi de trop prolonger les manœuvres de la kystotomie, et surtout d'avoir recours à des introductions réitérées de la curette, quand on voit le corps vitré se présenter dans la pupille. Le plus léger contact le fait rompre et jaillir immédiatement, au moins en partie, sous l'influence d'une violente contraction musculaire.

L'aide a également une grande influence sur l'issue de l'opération. Pour peu que les circonstances déjà énoncées y viennent concourir, il détermine quelquefois la sortie du corps vitré en exerçant une pression intempestive sur le globe oculaire. La tâche est surtout difficile à remplir dans la kératotomie supérieure; aussi ne doit-on jamais alors se remettre du soin de maintenir la paupière à une personne qui n'en a pas une grande habitude.

Le mécanisme par lequel se produit la perte totale ou partielle du corps vitré est très-simple. Après l'évacuation de l'humeur aqueuse et du cristallin, le corps vitré vient occuper la place de la lentille et se mettre en contact avec l'iris et la cornée. Soit par les seules contractions des muscles de l'œil, soit par le froissement simultané de la curette et du kystitome, l'hyaloïde se rompt dans une étendue plus ou moins grande, et le corps vitré, subissant une compression, est contraint de se déplacer et est précipité avec plus ou moins de violence entre les lèvres de la plaie. Le meilleur moyen de neutraliser cette tendance et de borner la perte des milieux réfringents, consiste tout naturellement à affronter les lèvres de la plaie et à comprimer doucement le globe d'avant en arrière, afin de contrebalancer la contraction que les muscles exercent d'arrière en avant et sur les côtés.

De là découle le traitement le plus rationnel. Il faut immédiatement enjoindre au malade de fermer l'œil opéré. On applique tout de suite sur les paupières des bandelettes de taffetas gommé de 4 à 5 millimètres de largeur; on fait sur-le-champ coucher le malade la tête aussi basse que possible. — Lorsque l'opéré est dans son lit, on enlève les bandelettes à l'aide d'une éponge fine imbibée d'eau tiède et on ouvre l'œil avec la plus grande précaution. Si le lambeau — dans la kératotomie supérieure — est renversé, on le relève à l'aide de la curette, en recommandant au malade de tourner l'œil en haut; immédiatement, après on affronte les lèvres de la plaie; au même moment on saisit la paupière supérieure par les cils et on lui imprime un mouvement d'abduction et d'abaissement. —

S'il se présente entre les lèvres une portion du corps vitré, il faut la réséquer à ras de la cornée avec des ciseaux courbes sur le plat; si on négligeait de le faire, son interposition empêcherait la réunion immédiate et donnerait lieu à l'écartement du lambeau. Pour achever le pansement, on applique de nouveau des bandelettes et on place le malade dans la plus complète immobilité. Au moindre indice d'inflammation, on doit recourir aux antiphlogistiques; car, il ne faut pas l'oublier, dans ces cas les lèvres de la plaie ont une bien plus grande tendance à s'écarter, et par la moindre cause cet écartement devient plus considérable; ce qui amène plus rapidement le phlegmon de l'œil et sa fonte purulente. Nous ne répéterons pas ce que M. Sichel a dit à ce sujet dans son mémoire déjà cité; nous nous contenterons de rappeler le précepte le plus important, qui est celui-ci :

» *Il est indispensable de tailler le lambeau avec une entière régularité.* »

Si cette condition est remplie, les lèvres de la plaie s'affrontent avec une telle exactitude que pas une goutte d'humeur aqueuse ne s'écoule au dehors; et comme elle se reproduit avec une célérité merveilleuse, elle a bientôt rempli la coque oculaire en lui rendant sa forme sphérique. Lorsqu'on a convenablement dirigé le traitement consécutif, de manière que la cicatrice se consolide sans encombre, le malade en est quitte pour faire usage de lunettes à cataracte d'un foyer plus fort.

Malgré l'action des causes qui ont été signalées plus haut, le corps vitré peut ne pas sortir de l'œil pendant l'opération; mais ce n'est pas une raison pour que le chirurgien s'endorme dans une quiétude complète. Il arrive quelquefois que l'accident se produit lorsque le malade est couché; il est surtout à craindre pendant le pansement : il peut alors être déterminé, tantôt par des contractions musculaires brusques et violentes que provoquent l'action d'élever les paupières et leur frottement contre les lèvres de la plaie, tantôt par une pression exercée sur le globe par l'opérateur. On ne saurait donc agir avec trop de circonspection, ni mettre trop de prudence dans les essais de vision.

Nos lecteurs savent que M. Sichel a recours, dans un très-grand nombre de cas, à l'extraction; grâce aux règles qu'il a tracées et qu'il observe scrupuleusement, la procidence du corps vitré est un accident très-rare dans sa pratique. Lorsqu'il se produit, il est plus rare encore qu'il ait à en déplorer les suites funestes. Avec un

lambeau parfaitement régulier, l'œil peut être vidé en grande partie, de manière à être ridé, pressé, fortement affaissé, enfoncé dans l'orbite, marqué de profonds sillons dans les régions musculaires ; quelquefois même la moitié ou les deux tiers du corps vitré peuvent s'écouler, et l'organe recouvrer sa forme, la vision devenir parfaite, à cela près de la nécessité où se trouve l'opéré d'employer des lunettes convexes plus fortes. Il y a plus : si le cataracté était myope, la diminution de la réfrangibilité ne le force pas toujours à faire usage de cette dernière espèce de verres à foyer très-court.

Journaux italiens.

Filiatre Sebezzio.

Taraxis lymphatique; par le docteur Bonparola. — Sous ce titre, l'auteur décrit sommairement une maladie oculaire observée par lui sur un prisonnier, âgé de 15 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il s'était manifesté sur toute la surface du bulbe des deux yeux, et principalement sur la conjonctive, un réseau très-distinct semblable à un entrelacement vasculaire, contenant un liquide de couleur laiteuse et analogue à la lymphe. L'état pathologique ne causait au malade qu'une gêne légère. Malgré ses investigations, l'auteur ne put trouver la cause productrice de la maladie; il est cependant porté à l'attribuer à l'affection rhumatismale qui produit habituellement le taraxis chaud ou inflammatoire chez les prisonniers. Il est à regretter que M. Bonparola n'ait pas donné une description plus détaillée de l'état pathologique des yeux de son malade, ni fourni de renseignements sur les symptômes observés par lui. Il dit seulement que ceux-ci n'offraient aucune acuité ; qu'il n'y avait ni congestion sanguine des vaisseaux oculaires, ni sentiment de chaleur plus vive qu'à l'état normal, ni prurit, ni élancements, ni difficulté de supporter la lumière, ni sécrétion plus abondante de larmes, ni enfin d'autres signes qui indiquassent un état hypersténique; il n'existait, comme il a été dit plus haut, qu'un léger sentiment de gêne. Considérant la maladie comme un engorgement des vaisseaux lymphatiques de l'œil, avec affaiblissement et relâchement de leurs tuniques, M. Bonparola conseilla l'usage de l'eau végéto-minérale (de Goulard), qui seule parvint à rendre aux vaisseaux leur tonicité et leur fit reprendre leur volume normal.

Bulletin bibliographique.

W. R. Wilde. — *Report on the Progress of ophthalmic Surgery for the year* 1846. — Dublin, Hodges and Smits, 1847, 8° pp. 53, avec 10 figures sur bois.

W. R. Wilde.—*Report on the Progress of opthalmic Surgery for the year* 1846. Dublin, Hodges and Smith, 1848, 8° pp. 40, avec 10 figures sur bois.

Chronique.

Louvain. — *Emploi du collodion en ophthalmologie.* — M. le docteur Hairion vient de se livrer à des expériences dont le résultat a été très-satisfaisant, avec le collodion qu'il a substitué à l'appareil en usage dans le traitement des ulcérations de la cornée suivant la méthode de M. H. Larrey. (Cette méthode consiste dans l'occlusion de l'œil au moyen d'un très-petit coussinet de coton cardé, maintenu par des bandelettes de diachylon pardessus lesquelles on applique une bande ou un bandeau approprié. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, avril 1845.)

M. Hairion a eu recours à l'occlusion palpébrale, pratiquée à l'aide du collodion, dans diverses variétés de kératite ; le succès qu'il a obtenu lui a paru très-remarquable, et il en a fait l'objet d'une note dont il doit donner lecture dans la prochaine séance de l'Académie de médecine de Belgique. Nous reproduirons cette communication dès qu'elle aura été publiée dans le *Bulletin* de la compagnie.

Liége. — Un arrêté royal de date récente a accordé au dispensaire ophthalmique de Liége un subside de 200 fr. Nous sommes heureux de voir le gouvernement reconnaître ainsi les services rendus par l'institution que dirige M. le docteur Jules Ansiaux, notre collaborateur.

Bruxelles. — Les affections oculaires ont régné depuis un mois avec une fréquence qui, sans être excessive, a cependant dépassé de beaucoup celle que l'on remarque habituellement à cette saison.

C'étaient des ophthalmies tantôt catarrhales, tantôt rhumatismales, le plus ordinairement mixtes c'est-à-dire, catarrho-rhumatismales. L'élément rhumatismal se mêlait à la plupart des ophthalmies scrofuleuses.

Les recrudescences de l'ophthalmie contagieuse ont été fort nombreuses et souvent de la plus haute intensité ; elles étaient presque toutes combinées avec le rhumatisme oculaire

La médication ordinaire, aidée de l'administration de la teinture ou de l'extrait des semences de colchique, a triomphé avec facilité de ces affections.

Les récidives ont été peu nombreuses.

Le nombre des ophthalmiques tend à revenir au taux normal. Les recrudescences d'ophthalmie contagieuse ont malheureusement donné lieu à de nouvelles infections; dans plusieurs familles pauvres, aucun membre n'a échappé à la contagion.

Sommaire.

. . . . Marchal, 96, rue de Ruysbroeck.

ANNALES
D'OCULISTIQUE
PUBLIÉES
Par le docteur FLORENT CUNIER.

Tome XX. — 4e série. Tome 2e. — 9e et 10e livraisons.
30 NOVEMBRE ET 31 DÉCEMBRE 1848.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'OPHTHALMIE CONTAGIEUSE QUI RÈGNE DANS LA CLASSE PAUVRE ET OUVRIÈRE DE BRUXELLES.

Le lecteur sait déjà que le mémoire qui va suivre portait primitivement la date du 6 novembre 1847; je lui ai également fait connaître les motifs qui m'ont porté à en ajourner la remise.

Je dois ajouter qu'après avoir déposé mon manuscrit entre les mains de M. le Bourgmestre (alors M. le chevalier Wyns de Raucour), j'en ai réclamé la restitution, tant à cause de l'assurance qui m'était donnée que les préoccupations sérieuses, nées des événements politiques qui venaient de surgir, ne permettaient pas son examen immédiat, que parce que je voulais mettre à profit le temps que j'avais devant moi, afin d'adjoindre à mon œuvre quelques généralités indispensables sur les caractères, la nature et le mode de propagation de l'ophthalmie contagieuse.

Après avoir comblé cette lacune, que plusieurs indispositions successives et l'impossibilité de me livrer au travail m'avaient contraint de laisser subsister, et après avoir redressé quelques erreurs de chiffres, j'ai jugé utile d'intercaler dans le chapitre IV diverses données statistiques (§§ 62-73), que je n'avais pu vérifier d'abord, et dont l'importance m'a paru incontestable, aussi bien au point de vue administratif que sous le rapport scientifique.

J'ai été sollicité d'écrire pour des personnes étrangères à la médecine; je devais, avant tout, les mettre à même d'apprécier la valeur des faits que je relate, et l'opportunité ainsi que l'urgence des mesures de police médicale dont je propose l'adoption. Ceux qui me liront voudront bien, j'espère, me tenir compte des difficultés que présentait une semblable entreprise.

MÉMOIRE SUR L'OPHTHALMIE CONTAGIEUSE QUI RÈGNE DANS LA CLASSE PAUVRE ET OUVRIÈRE, RÉDIGÉ ET ADRESSÉ A M. LE BOURGMESTRE DE BRUXELLES, A LA DEMANDE DU CONSEIL COMMUNAL (SECTION DE POLICE ET DE SALUBRITÉ PUBLIQUE).

Monsieur le Bourgmestre,

Lorsque le Conseil communal (section de police et de salubrité publique) m'a fait l'honneur de me mander dans son sein, à l'effet de lui donner des renseignements sur la nature et les causes de l'ophthalmie qui règne dans la classe laborieuse et pauvre, et particulièrement parmi les ouvriers occupant les *logements* de Bruxelles, j'ai été chargé de visiter, de concert avec la Commission médicale locale, un certain nombre de ces logements, et de vous adresser ensuite un rapport sur les moyens qu'il conviendrait de mettre en usage pour arrêter l'extension du mal. Je viens aujourd'hui m'acquitter de ce devoir.

Le travail que je vous soumets est divisé en quatre chapitres :

Le premier, qui sert en quelque sorte d'introduction, a pour objet d'initier les personnes étrangères à la médecine aux opinions qui ont généralement cours sur la nature, la marche et le mode de propagation de la maladie ; il est terminé par un résumé de l'histoire de l'invasion de ce fléau dans notre armée et de son extension dans le peuple.

Cette notice m'a paru utile afin que tous les membres du Conseil communal, appelés à porter un jugement sur la communication que je vous fais tenir, pussent apprécier la valeur des faits qui y sont relatés, de même que l'opportunité et l'urgence des mesures de police médicale dont je propose l'adoption.

Dans le deuxième, je rends compte de la visite des logements d'ouvriers ; le troisième a pour objet l'indication des sources nombreuses de contagion ophthalmique auxquelles puise incessamment la population. Les moyens prophylactiques applicables à chaque ordre de faits en particulier sont exposés dans l'un et l'autre de ces chapitres.

Le quatrième chapitre est destiné à faire ressortir, par la citation d'exemples et de résultats cliniques, combien est grande la calamité, et combien il importe, tant au point de vue de l'humanité qu'au point de vue financier, d'y porter remède sans le moindre retard.

I

Caractères et nature de la maladie. — Son mode de propagation. — Causes qui ont favorisé son extension de l'armée à la classe civile du pays.

§ 1. L'ophthalmie qui règne aujourd'hui dans le peuple est la même que celle qui désole notre armée depuis 1815, et qui y a exercé, à diverses époques, les plus déplorables ravages.

§ 2. On la désigne sous les noms d'*ophthalmie* d'*Égypte*, d'*ophthalmie asiatique*, d'*ophthalmie des camps*, d'*ophthalmie des armées*, etc., etc.; nos médecins l'appellent généralement *ophthalmie granuleuse* ou *ophthalmie militaire;* les Français lui ont donné le nom d'*ophthalmie belge* ou *de l'armée belge;* l'administration de l'intérieur et celle de la justice ont adopté, dans leur correspondance officielle, la dénomination d'*ophthalmie* dite *militaire* ou *contagieuse*.

On lui applique assez fréquemment l'épithète de *purulente*, en raison de ce que, arrivée à un certain degré de développement, elle s'accompagne d'une sécrétion puriforme qui peut devenir d'une abondance excessive. C'est là un caractère qu'elle partage avec la classe de maladies oculaires dite des *blennorrhées* (1), à laquelle elle appartient, et qui sont ainsi qualifiées à cause de l'écoulement muqueux ou puriforme plus ou moins copieux qui se manifeste dans leur cours.

§ 3. Cette maladie a son siége dans la conjonctive palpébrale, c'est-à-dire dans la membrane muqueuse qui tapisse la face interne des paupières.

Elle se manifeste sous la forme d'aspérités, d'éminences, appelées *granulations*, désignées aussi sous le nom de *germe de la maladie*, parce que des conjonctives ainsi affectées doivent être considérées comme n'attendant que l'action d'une cause occasionnelle pour que l'ophthalmie proprement dite vienne à se manifester.

§ 4. Parfois absolument indolente, stationnaire durant des mois, voire même des années; tantôt lente dans sa progression, s'arrêtant, rétrocédant après une exacerbation qui menaçait de devenir grave; tantôt, au contraire, passant en peu d'heures du degré le plus bénin à son plus haut période et détruisant avec une effrayante rapidité l'organe de la vue, cette maladie échappe, quant à sa marche, à une appréciation rigoureuse.

On peut dire cependant que son cours présente généralement deux phases: l'une, dite de *chronicité, d'indolence*, constitue l'*invasion* et l'*accroissement;* l'autre, dite d'*acuité*, constitue l'ophthalmie proprement dite.

La transition de l'une à l'autre phase est marquée par un état intermédiaire, en quelque sorte mixte, dit de *sous-acuité* ou *sub-aigu*.

§ 5. On est ainsi fondé à admettre trois degrés que je vais faire ressortir, en omettant, bien entendu, l'énumération de quelques symptômes dont la connaissance n'importe pas au but que j'ai en vue, et qui est de fournir à un homme étranger à la médecine des données qui lui permettent d'apprécier la valeur des faits que je dois exposer et les conclusions qu'il faut en tirer quant à la prophylaxie.

§ 6. Dans leur état de simplicité, les granulations sont dites *indolentes*. D'abord isolées, à peine appréciables (à ce point qu'on les appelle alors *latentes*), elles deviennent tôt ou tard plus nombreuses, forment des groupes, recouvrent une grande partie de la conjonctive, acquièrent un volume très-prononcé, sans que la personne qui en est affectée ressente la moindre incommodité, sans qu'il en résulte la moindre gêne dans les mouvements des paupières et des yeux, sans que la fonction visuelle soit troublée. Le développement granuleux arrive même parfois à constituer une masse telle que les paupières inférieures forment

(1) De βλέννα, *mucus*, et ῥέω, *je coule*.

saillie ; l'éclat de l'œil peut être notablement diminué, la conjonctive de la sclérotique (*blanc de l'œil*) présenter de la rougeur, et c'est tout au plus si le malade, pressé de questions, accusera une douleur passagère, à peine sensible, se manifestant parfois durant les mouvements des globes oculaires ; un léger sentiment de cuisson entre les paupières, ne survenant que le matin, ou lorsqu'il séjourne dans une pièce dont l'atmosphère est élevée ou contient de la fumée de tabac, des corpuscules irritants tenus en suspension : parfois la lumière trop vive lui produit la même impression et embarrasse momentanément la vision. La maladie poursuit-elle sa marche lentement ascendante, la sensation d'un corps étranger engagé entre les paupières est alors ressentie ; les yeux sont humides, sensibles à l'action du vent ; la sécrétion muqueuse est notablement augmentée, elle s'accumule sous forme de bourrelet dans l'angle palpébral interne, et se coagule durant la nuit ; d'où il résulte qu'au réveil les paupières et les cils sont collés, agglutinés.

Telle est la limite de la première phase d'évolution de la maladie : jusqu'ici il n'y a pas ce que l'on est convenu d'appeler *ophthalmie proprement dite*, ou *purulente*.

§ 7. Pour que l'on puisse dire que le germe a fait éclosion, il faut que le premier degré de développement soit franchi ; on constate alors « *la présence d'une sécrétion mucoso-purulente, fournie par les granulations, se réunissant dans la rainure oculo-palpébrale* (1) *inférieure, et qu'on fait paraître ou augmenter à volonté en pressant sur la surface granudée* (2). »

Ce deuxième degré constitue l'*ophthalmie purulente sub-aiguë*, désignée par beaucoup d'auteurs sous la dénomination de *blépharo-blennorrhée*, c'est-à-dire *blennorrhée des paupières ;* on lui conserve le nom de *granulations avec sécrétion* ou *sécrétantes*, aussi longtemps que les symptômes suivants ne se sont pas joints à l'existence du muco-pus dans la rainure oculo-palpébrale : le malade se plaint d'un trouble visuel prononcé, surtout le matin, par suite de la rétention au-devant de la cornée de filaments de la matière dans laquelle baignent les yeux, et qu'il est fréquemment obligé d'enlever à l'aide d'un morceau de linge ou de son mouchoir ; l'accroissement du volume des granulations augmente la saillie des paupières ; la conjonctive de la sclérotique est rouge, souvent tuméfiée, formant comme un encadrement autour de la cornée ; la sensation d'un grain de sable engagé entre les paupières est pour ainsi dire permanente ; la difficulté de supporter la lumière est très-grande ; il y a douleur. « Cette dernière n'a pas toujours le même caractère ; pongitive chez les » uns, elle est gravative chez les autres ; elle se borne tantôt aux yeux, s'étend » tantôt au front ou dans le crâne ; quelquefois elle est continue ; d'autres fois » intermittente, et, dans ce cas, presque toujours nocturne (3). »

§ 8. Des causes puissantes, dont il sera parlé tout à l'heure, viennent-elles manifester leur action, la maladie, de *sub-aiguë* qu'elle était, passe à l'état

(1) On donne le nom de *rainure oculo-palbébrale* à l'espèce de sillon formé à l'endroit de la réunion de la conjonctive des paupières avec celle qui revêt le globe de l'œil.

(2) Fallot. *Nouvelles recherches pathologiques et statistiques sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge,* 1838, p. 10.

(3) Fallot, ouv. cité, p. 9.

d'*ophthalmie purulente aiguë*, aussi appelée *blépharo-ophthalmo-blennorrhée* (1), qui constitue son plus haut degré d'intensité. On a cette fois pour caractères distinctifs : « la tumeur rouge ou bleuâtre que forment les paupières » énormément gonflées, sur lesquelles se dessinent fréquemment les vaisseaux » cutanés pleins de sang et comme variqueux, et *les torrents de pus, qui » s'écoulent par la fente palpébrale dès qu'on écarte les paupières, » inondent, irritent et excorient la peau de la joue correspondante* (2). »

§ 9. Ainsi que l'exprime si bien M. Fallot, l'exagération du premier degré constitue le second, celle du second le troisième; par contre le troisième peut rétrocéder au second, le second au premier, sans que l'affection change de nature; mais, encore une fois, rien de plus irrégulier que sa marche, de plus inconstant que sa durée, de plus capricieux que ses alternatives d'exacerbation et d'amendement.

L'ouvrier atteint de *granulations avec sécrétion* éprouve une gêne qui n'est pas assez considérable pour lui faire abandonner le travail; toutefois, l'exercice de certaines professions qui exigent une application soutenue des yeux, qui forcent de rester exposé à une vive lumière, à une haute température, qui nécessitent le séjour dans une atmosphère chargée de particules irritantes, etc., rend indispensables de fréquentes interruptions occasionnées par le prurit, la cuisson, la sensation d'un corps étranger engagé entre les paupières, qui se manifestent par intervalles rapprochés, surtout le matin et aux approches du soir, et deviennent intolérables.

Si le second degré a fait invasion, l'ouvrier est incapable de travail; ou du moins il ne peut s'y livrer sans s'exposer à de vives souffrances et à une aggravation pouvant avoir les suites les plus sérieuses. Si la rétrocession au premier degré a lieu (spontanément ou par l'effet soit de remèdes familiers, soit d'un traitement régulier) et que le travail soit repris trop tôt, une nouvelle exacerbation (indépendante des autres causes occasionnelles qui peuvent exercer leur action) ne tarde pas à se manifester.

C'est surtout à ce degré que survient la vascularisation avec altération dans la texture de la conjonctive de la cornée, désignée sous le nom de *pannus vasculaire* (3). Cette combinaison, lorsqu'elle s'étend aux deux yeux, prive absolument de la possibilité de travailler, et ne tarde pas à occasionner une cécité qui peut devenir permanente, si un traitement approprié et convenablement dirigé n'est pas institué à temps (4).

Parvenue au troisième degré, et abandonnée à elle-même, l'ophthalmie contagieuse détruit presque toujours les yeux avec la plus affligeante rapidité. L'intervention de l'art est très-souvent impuissante, si elle n'est pas réclamée dès le début. Le traitement aujourd'hui en usage triomphe du mal dans la

(1) Ce qui signifie blennorrhée des paupières et des yeux.
(2) Fallot, ouv. cité, p. 11.
(3) On donne le nom de *pannus vasculaire* à un réseau écarlate, formé par les vaisseaux dilatés de la conjonctive, qui recouvre la cornée transparente, et accompagné d'une altération plus ou moins considérable dans la texture de cette membrane. Dans l'ophthalmie contagieuse, le pannus est surtout le résultat de l'irritation mécanique entretenue par les granulations de la conjonctive de la paupière supérieure. Voir plus loin, §§ 62-73.
(4) Voir plus loin, § 69.

presque totalité des cas, lorsqu'il est appliqué à temps et par un homme qui sait en graduer convenablement l'énergie.

§ 10. La contagiosité de ce mal d'yeux est devenue une vérité incontestablement établie sur des faits malheureusement trop nombreux et trop désolants.

Cette propriété explique de la manière la plus satisfaisante l'existence et la perpétuation de l'ophthalmie dans l'armée, de même que sa propagation dans le peuple.

Toutes les théories qui avaient été imaginées pour rendre compte de son règne parmi nos troupes, sont aujourd'hui complètement abandonnées par leurs auteurs et par les écrivains qui s'étaient constitués leurs défenseurs; ceux qui attribuaient le mal à la compression du cou et du front par les collets d'habits et les cols, et par les schakos, ont été les premiers à reconnaître franchement, loyalement leur erreur.

§ 11. La transmission se fait *par contact immédiat* et *à distance*.

Je m'explique :

1° Le contact immédiat d'un œil sain avec la matière sécrétée par un œil malade, suffit pour y développer la maladie.

Lorsque ce transport a lieu, c'est le plus ordinairement au moyen des essuie-mains, draps de lit, linges, éponges, de l'eau pour les ablutions, etc., dont il est fait usage en commun par un ophthalmique et par d'autres personnes.

2° L'atmosphère d'un local (une chambre à coucher, un atelier, etc.), dans lequel se trouvent un ou plusieurs individus atteints d'ophthalmie, peut contracter des qualités telles que cette maladie se développpe chez les personnes saines qui viennent y plonger. Il se produit alors une véritable *infection miasmatique*, dont l'activité est essentiellement subordonnée au nombre des individus atteints, au degré de leur affection et de l'encombrement du local, et à l'élévation de la température atmosphérique.

§ 12. Des expériences concluantes ont démontré que la matière ophthalmique déposée sur des objets, et desséchée, peut conserver pendant un long espace de temps sa propriété contagieuse.

Ramollie par l'eau ou l'humidité, cette matière peut encore transmettre la maladie *par contact immédiat*. Accumulée en assez notable quantité sur des objets inertes renfermés dans un local, elle est susceptible de vaporation sous l'influence d'une atmosphère chaude et humide ; la *transmission à distance* est alors possible (1).

Divers faits que jai observés depuis deux ans ne me permettent plus de douter de la réalité (que j'ai contestée) du recel des miasmes ophthalmiques par les locaux occupés par des personnes atteintes d'ophthalmie contagieuse et par les objets qui y sont déposés. Mais pour que pareille infection puisse avoir lieu, il faut naturellement qu'un grand nombre de malades présentant une sécrétion très-abondante soient réunis et encombrés dans une chambre, de manière à produire une concentration considérable des miasmes.

§ 13. Le premier mode de transmission, celui par *contact immédiat*, est

(1) Voir à ce sujet, DECONDÉ : *Lettre à M.* FLORENT CUNIER *sur divers points relatifs à la contagiosité de l'ophthalmie militaire* (*Annales d'Oculistique*, vol. I, p. 393); —*Mémoire sur diverses questions qui se rattachent à l'ophthalmie de l'armée* (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1840, p. 314).

très-rare parmi nos soldats : il n'en saurait être autrement. Tous sont d'une grande propreté; des instructions sévères enjoignent de veiller à ce que tous aillent se laver aux pompes, à ce que chaque homme fasse usage de l'essuie-mains et du mouchoir de poche dont il est fourni. Il faut ajouter que depuis l'introduction des lits en fer, il ne se trouve plus dans nos casernes que des couchettes pour un seul homme. Enfin, il existe dans tous les corps ou fractions de corps une *salle, dite des granulés*, où l'on place tous les soldats atteints de granulations palpébrales : ceux d'entre eux chez lesquels se manifeste l'ophthalmie proprement dite sont immédiatement envoyés à l'hôpital.

§ 14. Les choses ne se passent pas de même dans le peuple. Ainsi que l'a dit M. le docteur Fallot (1), on n'y trouve le plus souvent qu'un grabat où tous se blottissent en commun, des haillons dont ils se couvrent alternativement, une sébille, qui sert tantôt de broc, tantôt d'écuelle. Il y a ici inobservance absolue des règles de l'hygiène; l'oubli des soins de propreté est parfois poussé à un point que l'on ne croirait jamais possible ! Les ophthalmiques qui appartiennent à cette classe se gardent bien, en général, de recourir à un médecin avant que leur mal n'ait fait les plus grands progrès; entre temps, ils ont fait usage, pour essuyer leurs yeux purulents, de tout ce qui leur est tombé sous la main.

Les ouvriers qui ne sont pas absolument pauvres n'ont qu'une seule pièce destinée au logement de toute leur famille; ils tiennent davantage aux soins de propreté; leurs enfants sont mieux entretenus; mais il n'y a qu'un seul essuie-mains pour tous, la même eau pour les ablutions sert à plusieurs, le coucher a lieu pêle-mêle.

Dans une catégorie plus élevée, l'intérieur de l'ouvrier est de la plus grande propreté; mais les enfants, lorsqu'ils sont nombreux, sont le plus ordinairement couchés à plusieurs dans un même lit; l'essuie-mains, l'eau, etc., servent en commun.

Pénétrez dans les logements d'ouvriers : tous couchent deux à deux ; il en est qui changent chaque nuit de camarade de lit; les draps de lit sont renouvelés tous les deux mois au plus; les couvertures sont quelquefois lavées après avoir servi durant trois ou quatre ans; le matin, ils se réunissent à trois, quatre, pour se laver en commun dans un sceau, et lorsqu'ils ont fini, d'autres leur succèdent et font usage de la même eau; pour s'essuyer, quelques-uns ont recours à leur tablier, à leur chemise; les autres se servent de l'essuie-mains, renouvelé tous les huit jours, qui est mis à la disposition de tous et accroché à cet effet à un clou, derrière la porte de la pièce qui sert tout à la fois de cuisine, de réfectoire et le plus souvent de chambre à coucher pour le logeur et sa famille, etc.

On se fera aisément une idée de la facilité avec laquelle peut s'opérer la *transmission par contact immédiat*, si des individus atteints de granulations sécrétantes ou d'ophthalmie déclarée viennent se mêler à d'autres placés dans les conditions qui viennent d'être énumérées.

§ 15. Pour ce qui est de la *contagion à distance*, je ne saurais mieux réussir à en donner une idée exacte, et à faire comprendre ce que je dois en dire, qu'en transcrivant d'abord les lignes suivantes de l'ouvrage si remarquable (2) de M. le docteur Gouzée, médecin principal de la garnison d'Anvers :

(1) Lettre du 19 mai 1834, adressée à M. l'Inspecteur général du service de santé. — Voir : *De la simulation et de la dissimulation des maladies dans leurs rapports avec le service militaire*, p. 123.

(2) *De l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge*, 1842, p. 82.

« Il existe partout, dit M. Gouzée, et principalement dans l'infanterie, des » hommes qui offrent le développement morbide, primitif ou consécutif, des » saillies villeuses ou papillaires des conjonctives palpébrales ; or, des hommes » nouveaux, vierges de toute affection oculaire, viennent-ils se mêler en foule à » ces soldats qui forment le noyau d'un régiment, *plus ce germe est commun,* » *répandu parmi ces derniers et l'agglomération forte, plus et plus tôt on* » *le voit naître, se développer, s'accroître chez les nouveau-venus ;* c'est » là un fait constant, facile à vérifier, et d'une extrême importance, sur lequel » nous ne pouvons trop insister. »

§ 16. Que l'on se représente une famille composée de plusieurs membres, des ouvriers, des pensionnaires, des prisonniers, etc., occupant en commun une chambre ; aucun d'entre eux ne porte le germe du mal. Un ou plusieurs individus affectés de granulations, en d'autres termes, *porteurs du germe de l'ophthalmie contagieuse,* viennent par hasard augmenter le nombre des hôtes déjà trop élevé pour la capacité du local. Le premier effet de cette augmentation de l'encombrement sera de faire accroître le volume des aspérités conjonctivales chez les derniers venus, qui en sont porteurs ; de rendre plus prononcée la sécrétion, si elle existe ; de la faire naître si elle n'existe pas. Peut-être les premiers hôtes ressentiront-ils immédiatement les effets de la contagion miasmatique (je suppose qu'il n'y ait eu inoculation chez aucun d'eux) ; peut-être aussi se passera-t-il quelques semaines avant que l'un ou plusieurs d'entre eux éprouvent quelque incommodité du côté des yeux. La promptitude avec laquelle les uns et les autres verront se produire ces phénomènes morbides sera, comme il a été dit plus haut, en raison directe du nombre des granulés nouveau-venus, du degré de leur maladie, de l'encombrement de la pièce et de l'élévation de la température atmosphérique ; cette promptitude de manifestation sera d'autant plus rapide qu'il se trouvera parmi les premiers établis un plus grand nombre d'individus essentiellement prédisposés à contracter le mal, soit en raison de conditions constitutionnelles congénitales ou acquises, soit en raison d'influences professionnelles, entretenant un afflux permanent du sang vers la tête et les yeux, ou une grande irritabilité de ces derniers organes.

§ 17. Un médecin qu'une longue observation a familiarisé avec la marche et les symptômes de la maladie, vient-il, après un certain temps, examiner attentivement les yeux de tous les individus qui formaient primitivement le rassemblement, il constate qu'un certain nombre d'entre eux, parfois tous, portent sur les conjonctives des granulations à peine visibles chez les uns, plus ou moins développées chez les autres ; il s'en trouvera sans doute dont les yeux seront rouges, qui y éprouveront de la cuisson, qui auront les paupières plus ou moins agglutinées le matin, chez lesquels il y aura écoulement mucoso-purulent ; les autres ne se douteront pas, ne voudront pas croire qu'ils sont affectés.

§ 18. Voilà un foyer de contagion ophthalmique tout établi, auquel viendront puiser de nouveaux arrivés. Ceux qui le quitteront, porteurs du germe de la maladie, pour aller se mêler à d'autres rassemblements, à d'autres familles, auront bientôt constitué de nouveaux foyers, dans lesquels des nouveau-venus viendront subir les effets de la contagion.

Parmi ceux qui auront été considérés comme sains, chez lesquels, enfin,

l'examen le plus minutieux et le plus attentif n'aura révélé aucune trace apparente de la maladie, il en sera peut-être qui iront se mêler à des rassemblements exempts d'ophthalmie, et les seuls effets de l'encombrement suffiront pour faire apparaître le germe qu'ils avaient pris, et qui était resté *latent*, dans la large acception de ce mot (1). Ils pourront dès lors transmettre leur mal à d'autres individus; un foyer pourra ainsi être formé.

§ 19. A moins qu'il ne règne habituellement une haute température dans la pièce, comme cela a lieu, par exemple, dans les familles d'ouvriers qui occupent une seule chambre où se trouve un poële sur lequel se fait la cuisine, sur lequel on fait bouillir du linge, etc., pendant une grande partie de la journée, comme cela existe aussi dans certains ateliers, on voit rarement, pendant la saison froide, les granulations s'enflammer fortement, passer en même temps à l'état d'ophthalmie purulente proprement dite, chez plusieurs individus ainsi réunis en un foyer; les fatigues, les excès, les refroidissements, l'action de corps étrangers, des influences professionnelles, etc., ont çà et là ce résultat chez quelques-uns des granulés.

§ 20. L'aggravation simultanée chez tous, la production, chez un grand nombre, d'ophthalmies purulentes sub-aiguës, ne sont à craindre que pour autant qu'arrive le printemps ou l'été, et qu'il se manifeste des chaleurs élevées (et surtout humides), ou pendant le règne de certaines constitutions médicales favorables au développement des affections des membranes muqueuses, ou aussi sous des influences épidémiques. Si, dans ces circonstances, l'on ne fait pas cesser l'encombrement; si l'on n'a pas recours à une aération et à une ventilation suffisantes, et surtout si l'éloignement des personnes atteintes à un degré aigu ou sub-aigu n'a pas immédiatement lieu, le mal parviendra à son plus haut période chez un grand nombre, prendra chez tous un caractère de gravité extrême, et l'art sera sans doute impuissant à conjurer dans plusieurs cas la perte complète ou partielle de la vue.

§ 21. Telle est la manière d'être de ce mal si terrible, qui a occasionné les désastres les plus tristes dans la plupart des armées européennes, dans des prisons, des dépôts de mendicité, des asiles d'enfants et d'orphelins, dans divers rassemblements d'individus, à bord de navires, etc., en Angleterre, en Italie,

(1) Il est au plus haut point important, pour l'administration civile, d'enregistrer les faits de cette nature. Il n'arrive que trop souvent que des soldats n'ayant jamais souffert d'ophthalmie au corps, sont trouvés *exempts de tout germe apparent* du mal par les médecins qui les visitent à l'époque du départ en congé ou du licenciement; la fatigue de la marche pour rentrer dans leurs foyers, les excès qu'ils commettent en route, etc., font apparaître le germe qui était *latent;* si par malheur, ce germe fait éclosion complète et qu'il en résulte une ophthalmie qui donne naissance à des accidents, l'administration de la guerre oppose aux réclamations de secours ou de pensions, qu'il « conste, » des renseignements pris aux archives du corps, que le pétitionnaire n'a jamais » été traité pour une affection oculaire ni dans un hôpital, ni dans une salle de » granulés, et qu'il n'y a par conséquent pas lieu de prendre sa demande en » considération. » — J'ai vu diverses fois M. le ministre de la guerre rejeter, par ces motifs, les réclamations les mieux fondées : il s'agissait dans quelques cas, de faits dont j'avais été témoin et que j'avais soigneusement enregistrés; dans d'autres, des certificats de notoriété publique, délivrés par des personnes honorables, et appuyés par les autorités communales, avaient été produits.

en Allemagne, en Russie, etc., et qui s'est aujourd'hui répandu de l'armée dans nos populations.

§ 22. Je crois avoir réussi à prouver, dans mon *Histoire de l'ophthalmie contagieuse* (1), qu'il est permis, aujourd'hui que l'on connait si bien son mode de propagation, d'admettre comme démontré que cette maladie, endémique sur les bords du Nil, a été importée en Europe au commencement de ce siècle par les débris des troupes françaises et anglaises qui ont pris part à la mémorable expédition d'Egypte. Elle s'est bientôt répandue dans les armées de diverses puissances européennes à la suite du contact, dans les hôpitaux, les camps, les casernes, à bord des vaisseaux, etc., des soldats et des marins des nations qui ont pris part aux guerres soutenues contre Napoléon et terminées par la bataille de Waterloo (2).

§ 23. C'est vers la fin de 1815 et au commencement de 1816 que l'on a signalé son existence dans notre armée. Il est incontestable qu'elle y a été introduite par des soldats infectés dans leurs rapports avec les troupes alliées, et surtout à la suite de l'incorporation de prisonniers renvoyés d'Angleterre et non encore complétement guéris du mal qu'ils y avaient contracté, et de nombreux déserteurs qui avaient quitté les rangs français pour aller prendre du service chez les Anglais, les Prussiens et les Russes, où ils avaient, pour la plupart, subi les atteintes du mal dont ils conservaient le germe.

(1) Annexée à mon *Rapport* à M. le Gouverneur du Brabant.

(2) Les relations médicales et militaires de la campagne d'Égypte nous apprennent que les troupes françaises et anglaises étaient à peine débarquées sur les bords du Nil, qu'elles furent affligées par une ophthalmie qui se termina, chez un grand nombre, par la cécité. D'après Assalini, les deux tiers de l'armée française (forte de 32,000 hommes) en furent atteints. Au rapport de Mac Gregor, deux mille trois cent dix-sept soldats (2,317) sont revenus aveugles en Angleterre.

M. le docteur Decondé, médecin de régiment au 6e de ligne, s'est livré à des recherches historiques aussi minutieuses que complètes pour établir les liens qui unissent l'apparition de l'ophthalmie dans les armées européennes avec la rentrée en Europe de soldats ayant souffert de ce mal en Egypte. Notre laborieux compatriote a accompli cette tâche avec un talent et une entente tels que les doutes, les incertitudes que n'avaient pu lever les Anglais d'une part, Rust, Gräfe, Kluyskens, Werneck, etc., d'autre part, paraissent avoir généralement cessé. M. Decondé a en outre fourni une démonstration historique détaillée de la circonstance que l'armée française a paru débarrassée, dès l'abord, du fléau tandis que plusieurs des régiments qui la composaient en Italie, et avaient reçu une partie des débris de l'expédition d'Égypte qui ne sont jamais rentrés en France, y sont demeurés en proie et ont communiqué plus tard la maladie aux troupes d'autres pays. (Voir *Annales d'Oculistique*, vol. IV, V, VIII, X, XIV, XV et XIX).

J'ai fait remarquer, dans mon *Histoire de l'ophthalmie contagieuse*, qu'il résulte de l'examen du texte de quelques auteurs anciens et de l'interprétation des inscriptions de plusieurs cachets d'oculistes trouvés de nos jours, que les Grecs et les Romains ont rapporté de leurs expéditions en Asie et en Afrique une ophthalmie contagieuse, la même que la nôtre, qui s'est pendant longtemps maintenue dans leurs armées. Les Croisés ont aussi été éprouvés par le fléau pendant leur séjour en Orient. Divers manuscrits et des données historiques positives établissent une liaison exacte entre le retour des Croisés belges et l'apparition d'épidémies d'ophthalmie contagieuse dans diverses parties de la Belgique. (Voir mon *Rapport*, pp. 117-122.)

§ 24. Contrairement à ce qui s'est passé chez les autres peuples dans les armées desquels elle a aussi été introduite, la maladie a longtemps tardé, dans notre pays, à s'étendre à la classe civile.

On signalait par intervalles des cas de propagation dans les familles, par des miliciens renvoyés en congé, ou réformés à cause d'*ophthalmie chronique, d'engorgement chronique des conjonctives*, etc. (1); mais ces faits étaient isolés, et leur valeur était vivement contestée par plusieurs écrivains belges qui ont trop longtemps nié la contagiosité absolue du mal, avec une opiniâtreté et une ardeur de conviction qui ont fait naître des incertitudes qui ne se sont malheureusement dissipées qu'après qu'il en fût résulté une véritable calamité pour nos populations.

§ 25. L'administration de la guerre, placée entre deux opinions défendues par des hommes également instruits et honorables, ne sachant le plus souvent quel parti prendre, eut recours, dans le but de dompter le fléau, à des moyens incomplets ou qui avaient été signalés comme dangereux, et ordonna trop tardivement des mesures sur l'utilité desquelles on avait attiré son attention.

C'est ainsi que, lors du licenciement d'une partie de l'armée, prescrit par un protocole de la Conférence de Londres en 1833, et opéré dans un moment où l'ophthalmie sévissait avec une grande intensité parmi nos soldats, on comprit de préférence, parmi les permissionnaires (suivant d'ailleurs en cela une pratique usitée), ceux qui avaient souffert ou souffraient encore des yeux. C'est ainsi qu'en 1834 eut lieu le renvoi dans leurs foyers (continué jusqu'en 1837) de tous les soldats qui portaient le germe du mal, en d'autres termes, de tous les *granulés*, renvoi conseillé par un oculiste prussien que notre gouvernement avait consulté, et par une commission qui avait été instituée dans le but de rechercher les causes de l'ophthalmie et les moyens d'en diminuer la fréquence.

§ 26. Ces mesures, la dernière surtout, combinées avec de nombreux envois en congé de convalescence d'ophthalmiques sortant des hôpitaux, avec de nombreuses réformes de soldats porteurs de *granulations chroniques*, de *boursouflements chroniques des conjonctives*, sans parler d'autres prescriptions également malheureuses, eurent les plus déplorables conséquences, prévues dès l'abord par M. le docteur Fallot (2), qui n'avait cessé, depuis 1829, d'insister sur le rôle de la contagion (3), et avait proposé l'adoption de moyens prophylactiques en rapport avec cette opinion.

La maladie fut rapidement transplantée dans le peuple sur une échelle effrayante.

Le gouvernement ne tarda pas à acquérir des preuves incontestables, et malheureusement trop nombreuses, de la réalité de ce fait; des plaintes lui parvin-

(1) Il est bien remarquable que les faits de contagion signalés avant 1834 se rapportent tous à des ophthalmiques renvoyés en permission ou réformés. Cependant les états statistiques que j'ai dressés (v. mon *Rapport*, pp. 270-271) comprennent un assez bon nombre de familles dans lesquelles la maladie a été importée par des soldats rentrés de service de France, de Prusse, d'Angleterre ou des Pays-Bas, et ayant éprouvé des recrudescences après leur arrivée dans leurs foyers; dans quelques-unes de ces familles, la maladie se perpétue depuis 20 et 30 ans.

(2) Lettre déjà citée, du 19 mai 1834.

(3) Voir l'ouvrage qui lui est commun avec M. le docteur Varlez : *Recherches sur les causes de l'ophthalmie qui règne dans quelques garnisons de l'armée des Pays-Bas*. Bruxelles, 1829.

rent de toutes parts; la presse s'en empara, et en 1837 les mesures dont il vient d'être question furent rapportées.

§ 27. On était déjà complétement revenu, à cette époque, d'une très-grave erreur. On avait cru d'abord que les *granulations guérissaient, mais qu'on ne les guérissait pas ;* l'expérience, le zèle de nos médecins militaires avaient démontré qu'il fallait renverser la proposition. Sur les instances de M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé militaire, on adopta le moyen conseillé par M. le docteur Fallot, et plus tard par un médecin de régiment autrichien, Burkard Eble : on forma deux dépôts de convalescents d'ophthalmie (l'un à Namur, l'autre à Ypres), « *sur lesquels durent être dirigés tous les » hommes sortant des hôpitaux, que les médecins déclaraient convalescents d'ophthalmie et hors d'état de rejoindre leurs corps pour reprendre leur service* (1). »

§ 28. Le traitement des granulations fut rapidement poussé à un haut degré de perfection au dépôt de Namur, dont le service était confié à M. Loiseau, médecin de régiment, sous la surveillance de M. Fallot, médecin principal. Les résultats obtenus furent tels, le nombre des granulés se réduisit à ce point dans l'armée, qu'en mars 1840 on supprima les dépôts de convalescents d'ophthalmie. Les médecins des corps avaient été successivement envoyés à Namur pour se familiariser avec la pratique si délicate des cautérisations ; des salles avaient été ouvertes dans chaque régiment pour le traitement des granulés. On commandait désormais au mal qui s'était si longtemps joué de tous les efforts; on pouvait croire maintenant à la possibilité de l'extirper des rangs de l'armée: ce résultat paraissait pouvoir être réalisé dans un avenir assez prochain.

§ 29. Cet espoir ne tarda pas à s'évanouir. Il ne resta bientôt plus de doutes : le foyer du mal avait été déplacé. On voyait se réaliser la prévision de M. Gouzée : « *Les granulations*, avait-il dit, *se sont propagées de l'armée dans la » population, et celle-ci pourrait ainsi lui rendre la maladie à son » tour.* »

§ 30. Les rapports des officiers de santé de l'armée s'accordaient à signaler une énorme proportion de granulés parmi les recrues n'ayant encore eu aucun rapport avec le noyau des régiments. Se fondant sur les chiffres qu'il avait recueillis en visitant les miliciens avant leur incorporation, M. le médecin de régiment Deçondé avait évalué, dès 1840, le nombre des granulés de la classe civile, en Belgique, à un sixième de la population (2); en 1842, M. le docteur Gouzée (3) s'exprimait ainsi : « Si nous en jugions par ce qui se passe chaque jour sous nos yeux, nous serions porté à élever encore dans ce moment » la proportion fixée par M. Decondé. »

Les données statistiques que j'ai réunies et publiées déjà, celles si importantes que je vais exposer, font ressortir jusqu'à quel point les évaluations de MM. Decondé et Gouzée sont exactes en ce qui concerne la ville de Bruxelles.

(1) Circulaire ministérielle du 29 avril 1837. *Journal militaire officiel*, vol. III, p. 90.
(2) *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, année 1840.
(3) Ouvrage cité, p. 195.

II

Résultats fournis par la visite des logements d'ouvriers, ordonnée par le Conseil communal. — Mesures de police médicale applicables à ces maisons.

§ 31. La Commission médicale a cru pouvoir limiter la visite à dix maisons servant au logement des ouvriers. Quatre seulement d'entre ces maisons (le nº 4, allée du Cygne, les nºs 10 et 18, allée de Fontainebleau, le nº 4, impasse d'Enfer) avaient été signalées par moi, dans mon *Rapport à M. le Gouverneur du Brabant*, comme constituant des foyers d'infection.

§ 32. Le tableau suivant expose les résultats de nos investigations.

INDICATION DES LOGEMENTS.	NOMBRE D'INDIVIDUS			OBSERVATIONS.
	Logés.	Visités.	Infectés.	
Allée du Cygne, 4. . .	10	8	4	1 ex-militaire, le logeur et sa fille.
Rue d'Isabelle, 18 . . .	9	3	1	
— — 7 . . .	10	8	3	2 ex-militaires.
Allée de Fontainebleau, 20	21	18	11	1 ex-militaire.
— — 10	19	16	13	Le logeur, sa femme, 3 enf. et 1 frère.
— — 18	22	18	10	Le logeur et sa sœur.
Impasse d'Enfer, 2. . .	5	3	2	
— — 4. . .	11	10	5	Le logeur et ses trois fils.
— — 5. . .	14	6	2	
— — 6. . .	8	3	1	
TOTAUX.	129	93	52	

§ 33. Ainsi, sur une population qui a été renseignée aux agents de police qui nous accompagnaient comme s'élevant à 129 individus, 93 seulement ont été visités : les 36 autres étaient retenus à leurs travaux ou ont craint de se laisser examiner, la nature de notre mission leur étant inconnue.

Il importe de faire remarquer que notre visite a eu lieu dans un moment de ralentissement des travaux de construction, et que la population de ces dix logements atteint par certains moments de l'année le chiffre de 170 à 180 et même 200.

Parmi les 93 dont les yeux ont été examinés, nous avons constaté que 52 étaient infectés à divers degrés.

Il faut ajouter que, sur le bruit de notre venue, 3 maçons, affectés d'ophthalmie purulente sub-aiguë, et traités à la consultation de l'Institut ophthalmique, avaient quitté la veille les logements de l'allée de Fontainebleau, à l'effet de se rendre dans leurs familles, à plusieurs lieues de Bruxelles.

§ 34. Sous le rapport du degré de la maladie, la classification suivante doit être établie :

Ophthalmie purulente sub-aiguë.	5
Granulations avec sécrétion.	35
» indolentes (*sèches*).	12
	52

Les granulations avec sécrétion étaient combinées dans deux cas avec le *pannus vasculaire*, ayant occasionné, chez une fille, la perte presque absolue de l'usage des deux yeux; apportant, chez un ouvrier, un obstacle considérable à l'exercice de la vision d'un œil.

12 avaient déjà été en proie à l'ophthalmie déclarée; 14 (5 atteints de purulence sub-aiguë, 9 présentant de la sécrétion) suivaient actuellement un traitement, 12 à ma consultation gratuite, 2 chez des médecins de la ville. Parmi les 26 granulés avec sécrétion, et non traités, 3 faisaient usage de remèdes familiers; 23 n'avaient aucun souci de leur mal. Quant aux 12 granulés sans sécrétion, 2 seulement ressentaient quelque gêne; il y avait indolence absolue chez 10, qui parurent très-étonnés lorsque nous leur apprîmes qu'ils étaient contagionnés.

§ 35. Relativement aux professions, il faut classer comme il suit les 52 personnes chez lesquelles nous avons reconnu l'existence de la maladie.

	Maçons ou manœuvres de maçon.	Plafonneurs	Tailleurs de pierre.	Polisseurs de marbre.	Cigariers.	Peintres.	Menuisiers.	Enfants.	Logeuse.	Journalière
Allée du Cigne, 4.	1	»	»	1	»	1	»	1	»	»
Rue d'Isabelle, 18	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»
— — 7	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»
Allée de Fontainebleau, 20	5	»	1	»	5	»	»	»	»	»
— — 10	10	»	»	»	»	»	»	2	1	»
— — 18	9	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Impasse d'Enfer, 2 . . .	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»
— — 4 . . .	5	»	»	»	»	»	»	»	»	»
— — 5 . . .	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»
— — 6 . . .	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
	32	1	5	1	5	2	1	3	1	1

52.

§ 36. Quinze de ces 52 ouvriers étaient de Bruxelles; les 37 autres n'y avaient leur domicile qu'à l'époque des travaux. 35 d'entre ces derniers appartenaient à des communes rurales du Brabant, 1 était de Gand, 1 de Lens (Hainaut).

3 allaient passer le dimanche dans leurs familles; 3 quittaient parfois Bruxelles dans le même but; les 4 autres ne partaient que lorsque la mauvaise saison venait interrompre les travaux.

§ 37. La liste nominative ci-jointe vous montrera, M. le Bourgmestre, que parmi les 52 personnes reprises dans les tableaux que je viens de mettre sous vos yeux, figurent :

1° Le nommé Parys, Joseph (polisseur de marbre), tenant le logement *allée du Cygne*, n° 4, et sa fille âgée de 2 1/2 ans.

2° Le nommé Deconinck (Jean-François), (maçon), tenant le logement *allée de Fontainebleau*, 18, sa femme, 3 de ses enfants et son frère.

3° Le nommé Schayes, Isidore (maçon), beau-frère du précédent, tenant le logement *allée de Fontainebleau*, 10, et sa sœur Schayes, Victoire.

4° Le nommé Pilleroy, Joseph (maçon), tenant le logement *impasse de l'Enfer*, n° 4, et ses trois fils.

Une note placée dans la colonne d'observations apprend que 4 d'entre les

52 infectés ont souffert d'ophthalmie pendant qu'ils se trouvaient dans les rangs de l'armée. Ce sont :

1° Pellemans, Ferdinand, soldat congédié du 11e de ligne, portant des traces des cautérisations qu'il a subies à la salle des granulés du corps, et conservant des granulations avec sécrétion assez abondante.

2° Lemiaux, Martin, soldat congédié du 8e de ligne, ayant été tenu en observation au corps, et actuellement atteint de granulations indolentes.

3° Boulangé, Albert, soldat congédié du 12e de ligne, ayant été traité à la salle des granulés du corps, et portant des granulations volumineuses avec sécrétion.

4° Gilles, Jean Baptiste, ancien soldat de la 1e *afdeeling*, ayant perdu l'œil droit à l'hôpital militaire de Bruxelles, en 1829, et actuellement atteint de granulations aux quatre paupières.

La recrudescence s'était manifestée chez le premier et chez le troisième longtemps avant qu'ils vinssent habiter Bruxelles; il m'a paru incontestable que les deux autres avaient subi une nouvelle infection dans le logement qu'ils occupaient, de façon que leur affection actuelle n'avait rien de commun avec celle dont ils avaient souffert pendant qu'ils appartenaient à l'armée.

§ 38. Je laisse à la Commission médicale le soin de vous décrire, M. le Bourgmestre, l'état anti-hygiénique des logements que nous avons visités, l'encombrement qui y règne habituellement, etc. Je me bornerai à vous dire qu'il est impossible d'imaginer, pour la plupart du temps, un ensemble de conditions plus favorables au développement et à l'extension de l'ophthalmie contagieuse (1).

§ 39. Les résultats dont je viens de vous entretenir sont malheureusement plus que confirmatifs de ce que j'ai avancé dans mon *Rapport* à M. le Gouverneur du Brabant, pp. 293-298, et de ce que j'ai exposé au Conseil communal lorsque j'ai été mandé à l'hôtel de ville.

§ 40. Une question m'a été posée ; c'est celle-ci :

« La visite de 10 logements, qui vient d'avoir lieu, établit un rapport de
» 55 p. °/o d'infectés, relativement au chiffre total des personnes dont les yeux
» ont été examinés ; êtes-vous autorisé à croire que la proportion se maintien-
» drait aussi forte si une visite générale des logements était effectuée ? »

La seule réponse que j'aie pu donner est celle-ci :

En joignant aux chiffres de la visite des 10 logements, faite de concert avec la Commission médicale, les données statistiques qui sont le résultat des recherches auxquelles je viens de me livrer dans 14 logements, situés rue de Samaritaine, allée au Blé, allée du Rossignol, rue des Quatre-Livres, impasse du Baudet, Rempart-des-Moines, impasse des Minimes, et dans ceux d'Ixelles, d'Etterbeék et de Saint-Josse-ten-Noode, il se trouve que sur 927 personnes visitées, 661 avaient les yeux sains ; 266 avaient subi les effets de la contagion.

La proportion s'est donc élevée à près de 29 p. °/o. Pour qu'il soit permis de bien apprécier la valeur de ces chiffres, je dois avertir que si parmi les logements visités, il en est qui m'étaient connus comme foyers de contagion, il en est d'autres d'où il n'était jamais venu de malades à la consultation de l'Institut ; que, d'un autre côté, si quelques maisons ne comptaient pour ainsi dire aucun individu exempt du mal, il en est d'autres (dont une ayant fourni autrefois beaucoup

(1) Voir ci-dessus, § 14.

d'ophthalmiques) dans lesquelles le plus léger germe du mal n'a pu être rencontré, ni chez les hôtes, ni chez les ouvriers logés.

§ 41. Ainsi que j'ai eu l'honneur de le dire à messieurs les Membres de la section de police et de salubrité publique, la première mesure à adopter pour remédier au mal existant et conjurer les progrès du fléau, devrait consister dans l'ouverture d'un lazaret, d'une infirmerie ophthalmique, tout comme on voudra l'appeler, où l'on pourrait admettre et traiter les malades atteints d'ophthalmie proprement dite, auxquels il importe surtout d'interdire toute espèce de contact avec les individus sains.

§ 42. En second lieu, et pour autant que les lois le permettent, il faudrait intervenir au moyen d'une ordonnance de police dont la mise à exécution serait sévèrement surveillée,— définissant les conditions que doivent réunir les maisons que l'on voudra désormais affecter au logement des ouvriers, limitant le nombre des personnes pouvant être hébergées dans chacune d'elles en particulier, et dans chacune des pièces dont elles se composent; prescrivant certaines mesures hygiéniques, telles que le blanchiment fréquent des murailles, une aération et une ventilation convenables des chambres à coucher, l'entretien dans ces chambres d'une certaine quantité de chlorure de chaux, la remise d'un essuie-mains à chaque ouvrier, le lessivage ou le passage au chlore, à certaines époques, des couvertures et des objets de couchage, le renouvellement mensuel des draps de lit, etc.

Cette ordonnance enjoindrait en outre aux logeurs, à leurs familles et à toutes les personnes hébergées dans les logements, de se soumettre au moins une fois par semaine à la visite d'un médecin, et, à cet effet, la tenue des livres d'inscription des logeurs devrait être l'objet d'une surveillance particulière (1); les logeurs, ainsi que les membres de leurs familles, reconnus infectés, seraient en outre tenus de quitter le logis jusqu'à ce qu'une guérison complète de leur affection ait été obtenue et que tout danger de contagion ait cessé : en cas de refus, le logement serait fermé. Cette pénalité serait encore appliquée pour négligence dans l'exécution des mesures que pourraient rendre indispensables l'explosion de plusieurs cas aigus dans une de ces maisons, ou les proportions sur lesquelles le mal s'y montrerait.

§ 43. Telles sont, monsieur le Bourgmestre, les principales mesures de police médicale qui me paraissent devoir être instituées. Le succès si incontestable des moyens analogues mis en usage dans l'armée, témoigne hautement des résultats heureux qu'il est permis d'en attendre.

§ 44. J'ai dû ne point mentionner un moyen d'une importance capitale, à savoir: *la séparation absolue d'avec les personnes saines de toutes celles qui portent le germe de l'ophthalmie contagieuse* et la mise en demeure de ces dernières de subir un traitement énergique et convenablement dirigé.

Une semblable mesure exigerait l'emploi de moyens de contrainte que la loi n'autorise point; et si la loi les autorisait, il ne manquerait pas de surgir des résistances qui ne permettraient jamais d'approcher du but désiré. L'expérience

(1) Cette surveillance constituerait sans contredit le meilleur moyen de s'opposer à cette migration incessante de certains ouvriers, qui changent de logement tous les quelques jours : s'ils sont granulés, ils colportent alors leur maladie de gîte en gîte. C'est là une curieuse et importante particularité que j'ai signalée p. 298 de mon *Rapport*.

m'a, au contraire, enseigné tout ce que l'on peut attendre de la classe pauvre et ouvrière, en l'entourant de soins, en recourant aux moyens de persuasion employés avec tact et persévérance.

§ 45. Qu'il me soit permis de vous en citer un exemple remarquable :

En 1840, dix plafonneurs occupaient en commun une chambre dans un logement de la rue des Quatre-Fils ; l'un d'eux, atteint d'ophthalmie sub-aiguë, se présentait tous les deux jours à ma consultation gratuite. Dès que sa maladie cessa de lui occasionner de la gêne, il s'abstint de venir à la visite. Il n'avait plus été revu depuis vingt jours, lorsqu'en juillet, par une température chaude et humide, il éprouva une recrudescence, et dans la nuit la maladie passa à l'état aigu ; le lendemain, il nous fut amené avec deux camarades atteints au même degré que lui.

M. le docteur Fleussu alla visiter le logement à l'heure du repas du soir ; il constata un nouveau cas d'ophthalmie à l'état de purulence aiguë chez un ouvrier qui avait dû abandonner son travail dans l'après-midi. L'examen des yeux des six autres plafonneurs lui permit de reconnaître l'existence de granulations au second degré chez deux, indolentes chez trois autres ; un seul, ayant été atteint à diverses reprises déjà, et ayant subi de nombreuses cautérisations, tant dans les hôpitaux militaires que chez M. le docteur Fierens (de Beirvelde), avait les yeux parfaitement sains.

Quatre ouvriers (1 peintre en équipages, 1 tailleur et 2 menuisiers) occupaient une chambre de la même grandeur que celle des plafonneurs et située au même étage. Aucun de ces ouvriers ne portait le germe du mal d'yeux ; il en était de même du logeur, de sa femme et de ses trois enfants.

M. Fleussu réussit à faire comprendre au plafonneur dont les yeux étaient sains, et qui avait, d'ailleurs, l'expérience de la contagiosité de la maladie, qu'il ne devait plus partager la chambre de ses camarades ; il eût voulu séparer les quatre cas d'ophthalmie aiguë d'avec les cinq cas de granulations, en plaçant ces derniers dans la chambre occupée par les quatre ouvriers ; mais ceux-ci ne voulurent pas entendre raison et refusèrent positivement de déloger. Le lendemain matin, je me rendis sur les lieux et mes instances n'eurent pas plus de succès que celles de M. Fleussu. Enfin, le soir, l'état de l'un des granulés s'étant empiré, et la maladie s'étant déclarée chez l'un des enfants du logis, je fus assez heureux pour faire comprendre qu'il fallait nécessairement que tous les ophthalmiques fussent mis dehors, ou que les individus sains leur fissent place. La femme, deux enfants et les quatre ouvriers sains allèrent se loger dans le voisinage.

Les trois ophthalmiques le plus fortement affectés, mais déjà en voie d'amélioration, continuèrent à occuper la chambre dans laquelle ils étaient couchés ; deux autres affectés moins gravement furent placés dans une chambre du second ; les granulés qui pouvaient toujours se rendre à leurs travaux prirent la chambre délaissée par les quatre derniers dont il a été parlé tout à l'heure.

Une ventilation et une aération convenables furent établies, en même temps que d'autres moyens hygiéniques furent institués.

Une seule cautérisation jugula l'affection chez l'enfant.

Après quatre jours toute crainte d'accidents avait disparu chez les cinq ophthalmiques, qui étaient visités deux fois le jour, soit par M. Fleussu, soit par

moi, et que nous avions pourvus de tous les objets nécessaires. Dès le seizième jour, ils purent tous reprendre leurs travaux.

La crainte des récidives chez les uns, la crainte d'une aggravation chez les autres,—craintes que nous eûmes soin d'entretenir,—furent telles, que ces neuf malades sont venus à la consultation jusqu'à ce qu'ils eurent reçu de nous l'assurance qu'ils étaient complétement débarrassés du germe de l'ophthalmie, en d'autres termes, complétement guéris.

Le logeur ne contracta point le mal ; la femme et les deux enfants ne furent tenus exilés que durant trois jours : ils furent aussi complétement préservés.

Les fournitures de couchage furent aérées, ou lavées, ou passées au chlore, selon que nous le jugeâmes convenable ; les plafonneurs furent mis à l'œuvre et passèrent les murailles à la chaux de la cave au grenier. Lorsque, deux ans plus tard, la maison cessa de servir de logement, il ne nous en était venu que trois ophthalmiques, mais absolument au début de l'affection, et quelques cautérisations avaient suffi pour en faire justice.

§ 46. Je pourrais, M. le Bourgmestre, vous citer quelques autres faits, moins remarquables, il est vrai, que celui que je viens de rapporter, mais qui témoignent tous de ce que peut la persuasion sur les ouvriers. Il ne faut, pour parvenir à une bonne fin, rien brusquer ; les démarches infructueuses ne doivent jamais rebuter ; persuadés que nous sommes du bien qu'il nous est permis de faire, nous employons tous les moyens en notre pouvoir pour faire comprendre à ces malheureux combien il est important, non-seulement pour eux, mais pour leurs proches, pour les personnes appelées à vivre avec eux, qu'ils suivent les conseils que nous leur donnons. Plusieurs fois par semaine, on voit à la consultation de l'Institut ophthalmique, qui est tenue, ou par moi, ou par M. le docteur J. Bosch (médecin des pauvres), des familles entières, des chambrées complètes de logements, qui viennent se soumettre régulièrement aux cautérisations et mettent de leur mieux en usage les divers moyens hygiéniques ou médicaux dont nous leur conseillons l'usage. Tous les jours, M. le Bourgmestre, M. Bosch et moi nous pouvons acquérir les témoignages les plus saisissants de l'influence des moyens de persuasion. Aussi je ne doute pas le moins du monde de la possibilité de mettre à exécution des mesures de police médicale efficaces. Qu'un lazaret soit ouvert, et on déterminera très-aisément les ouvriers dont l'état exige la séquestration, à se rendre dans cet établissement. Le médecin qui inspectera les yeux des ouvriers occupant les logements réussira, quand il le voudra, à séparer les plus fortement granulés, et il ne lui faudra pas employer de bien grands efforts pour les déterminer, même lorsqu'ils ne porteront que des granulations absolument indolentes, à subir un traitement destiné à les prémunir contre l'éventualité d'accidents. La surveillance médicale sera d'autant plus facile, que les ouvriers ne manqueront pas d'être rapidement instruits de la nature contagieuse du mal, et ne toléreront plus parmi eux la présence de camarades qui peuvent le leur communiquer et les mettre par là hors d'état de travailler.

§ 47. Il serait peut-être très-utile, sous ce dernier rapport, de faire afficher dans chaque logement une instruction rédigée en flamand et en français, faisant connaître la nature du mal, son mode de propagation, la nécessité, pour celui qui en est atteint, de coucher seul, de veiller à ce que personne ne fasse usage des objets de propreté dont il se sert, tels que essuie-mains, mouchoirs, linges,

éponges, etc.; faisant ressortir l'urgence de se soumettre le plus promptement possible à un traitement, la rapide facilité avec laquelle on obtient ordinairement la guérison lorsque la maladie est encore à son début, la difficulté, la lenteur désespérante avec lesquelles on en vient à bout lorsqu'elle s'est invétérée, la longue incapacité de travail qui en résulte alors, et enfin les accidents si graves qui sont parfois engendrés lorsque survient l'état aigu et que l'art n'intervient pas; recommandant aux granulés de ne se livrer à aucun excès, de s'abstenir de l'usage de boissons spiritueuses, d'éviter les refroidissements, etc., etc.

III

Sources diverses de contagion ophthalmique auxquelles puise incessamment la classe pauvre et ouvrière. — Mesures de police médicale applicables à chaque ordre de faits en particulier.

§ 48. Je me suis efforcé, dans ce qui précède, de répondre au vœu de la section de police et de salubrité publique du Conseil communal. Je ne dois cependant pas considérer ma tâche comme terminée. Il me reste en effet, M. le Bourgmestre, à vous démontrer que les logements d'ouvriers ne constituent pas les principaux foyers de contagion ophthalmique où va puiser la classe pauvre et ouvrière de Bruxelles, et à vous faire connaître les diverses autres voies par lesquelles le fléau s'introduit dans les familles. Je ne saurais choisir de meilleures preuves que le relevé suivant de la statistique des victimes de l'ophthalmie contagieuse que j'ai dressée sur une invitation de M. le Ministre de la justice, en date du 31 octobre 1846, 1re Don, 2e bureau, no 7752, et que j'ai fait tenir par lettre du 27 juin dernier, no 1023, à M. le Gouverneur du Brabant, pour être transmise à ce haut fonctionnaire.

§ 49. Sur 495 personnes de la classe pauvre et ouvrière ayant leur domicile de secours à Bruxelles, et comprises dans les deux premiers fascicules de cette statistique :

154 ont été infectées dans les rangs de l'armée;
84 par le contact avec d'anciens militaires renvoyés en congé pour ophthalmie, réformés pour lésions suites de cette maladie, ou ayant éprouvé depuis leur rentrée dans leurs foyers des recrudescences du mal dont ils avaient souffert pendant qu'ils étaient au service;
134 paraissent avoir été infectées au dépôt de mendicité de la Cambre;
9 fois l'infection parut être due au contact avec des ophthalmiques ayant contracté leur affection à l'hospice des Enfants valétudinaires à Ixelles;
4 ont été atteintes par suite du contact, à l'hôpital, avec des individus contagionnés qui s'y trouvaient en traitement;
12 ont été infectées dans des ateliers;
7 cas proviennent d'hospices d'orphelines (5 de l'hospice de Bruxelles, 2 de l'hospice de Malines);
23 fois la maladie a été contractée dans des écoles;
51 ont été infectées dans des logements (1);
17 fois le mode d'infection n'a pu être soupçonné ou renseigné.

495

(1) Pour que ce chiffre fût exact, il faudrait le porter à 74, en y joignant 23 cas d'infection due au contact, dans des logements, avec des individus souffrant actuellement d'ophthalmie contractée au service.

§ 50. Les données suivantes ne manquent pas d'intérêt :

20 familles comptaient	2	}	personnes ayant subi les atteintes du mal.
16 » »	3		
4 » »	4		
2 » »	5		
1 » »	6		
1 » »	7		
1 » »	8		

Voilà donc 45 familles donnant un total de 135 infectés; or ces familles réunies comptent 223 membres; la proportion se trouve ainsi avoir atteint 60 p. c.

Dans 14 de ces familles, aucun membre n'avait échappé à la contagion.

Une fois 3 familles, trois fois 2 familles, occupaient ensemble la même maison.

§ 51. L'examen de ces chiffres dit assez que ce n'est pas des logements d'ouvriers exclusivement que le mal tire sa source, et que pour enrayer sa propagation, il faut recourir à des mesures de police médicale d'une nature complexe.

Je suis obligé d'entrer ici dans quelques détails spéciaux sur quelques-uns des modes de propagation que je viens de signaler.

A. La fréquence des recrudescences chez des militaires ayant souffert d'ophthalmie au service et des cas de communication *directe* de leur mal à d'autres individus, n'aura pas manqué de vous frapper.

Et pourtant, voici quelles sont les dispositions en vigueur dans l'armée :

Sur les représentations adressées au ministère de la guerre par M. Liedts, pendant qu'il se trouvait placé à la tête de l'administration du Hainaut, une circulaire du 2 septembre 1842 est venue prescrire que « *tout homme renvoyé* » *en congé à long terme*, pour quelque motif que ce fût, *devrait au préa-* » *lable être soumis à la visite d'un médecin et que le congé ne lui serait* » *délivré qu'après qu'il aurait été reconnu exempt de granulations ré-* » *centes, ou dans un état de convalescence tel que la contagion fût* » *impossible* (1). »

Par disposition du 3 décembre 1844, cette mesure a été étendue aux volontaires dont le terme de service est expiré (2).

De son côté, M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé militaire, a donné, en 1842, pour instructions à ses subordonnés « *de ne jamais* « *proposer pour être renvoyés en congé de convalescence, des hommes* « *qui seraient dans le cas de propager l'ophthalmie à d'autres per-* « *sonnes* (3). »

Je me suis appliqué, dans mon *Rapport* (4), à faire ressortir l'insuffisance des dispositions prises par le département de la guerre, en ce qu'elles n'étaien applicables qu'aux militaires se rendant en congé *à long terme*. J'ai été assez heureux d'obtenir que M. le lieutenant général baron Prissé fît paraître, le 4 août dernier, une circulaire (5) portant « *qu'aucun congé*, *soit définitif*,

(1) *Journal militaire officiel*, vol. VIII, p. 181.
(2) *Journal militaire officiel*, vol. X, p. 441.
(3) Voir le *Recueil* de M. Meynne, p. 170.
(4) Pages 280 et 304.
(5) *Journal militaire officiel*, 1847, p. 396.

« *soit de longue ou de courte durée, ne peut être délivré avant que le*
» *médecin dirigeant le service sanitaire du corps ne se soit assuré par*
» *lui-même et n'ait déclaré, au dos de la cartouche, que le permission-*
» *naire n'est porteur d'aucun germe apparent de l'ophthalmie.* » Cette circulaire ordonne en outre « *que les hommes qui ont été récemment at-*
» *teints d'ophthalmie, et qui doivent se rendre dans leurs foyers pour*
» *y jouir d'un congé de convalescence, ne pourront partir qu'après que*
» *le médecin aura inscrit au dos de la cartouche que la contagion n'est*
» *plus possible.* »

Ces mesures sont partout exécutées avec la dernière sévérité; la moindre infraction, de quelque part qu'elle émane, est exemplairement réprimée. Et cependant, nous continuons à constater des recrudescences d'ophthalmie chez des soldats congédiés. C'est que les circulaires ne possèdent pas le don de changer la nature du mal. Ainsi que M. le docteur Hairion, chirurgien de l'Institut ophthalmique de l'armée, l'a exprimé (1), ainsi que je l'ai démontré (2) par de nombreux exemples fournis presque tous par Bruxelles même :

Des conjonctives saines en apparence peuvent cependant recéler le germe de l'ophthalmie granuleuse ;

Des hommes dans cet état peuvent être renvoyés dans leurs foyers et y contracter une recrudescence de la maladie, sans qu'il soit permis d'accuser les médecins militaires de négligence ou d'infraction aux règlements.

L'expérience ne m'a que trop appris que l'on ne saurait compter sur un résultat favorable qu'en adoptant la conduite suivie en Autriche, où l'on fait visiter, à des époques rapprochées, par un médecin militaire ou un médecin civil expert, d'une part, les soldats renvoyés chez eux et qui ont souffert d'ophthalmie au service, d'autre part, les familles au milieu desquelles ils vont vivre. Ces visites sont continuées aussi longtemps qu'on le juge convenable. Cette mesure, aisément réalisable à Bruxelles, et pouvant même y être étendue à tous les miliciens en congé à long terme, offrirait sans contredit plus de garanties que tout ce qui a été institué jusqu'à ce jour; elle parerait tout d'un coup aux difficultés que fait naître la circulaire du 9 septembre 1839, à l'occasion de malheureux qui contractent dans leurs foyers des recrudescences à la suite desquelles ils perdent la vue, et qui voient contester alors leurs droits à la pension et tombent à la charge du budget communal (3). Il va sans dire que les recru-

(1) *Annales d'Oculistique*, vol. XIII, p. 220.
(2) *Rapport à* M. Liedts, pp. 278, 279, 280 et autres.
(3) Aux termes des règlements d'administration militaire, il n'y a que les volontaires qui reçoivent leur congé définitif au corps même. Pour ce qui est des miliciens, après cinq ans, ils passent à la réserve et sont renvoyés dans leurs foyers, où ils reçoivent, pour la plupart, leur congé définitif deux années plus tard. Cette marche est réglée par une circulaire du 9 septembre 1839 (*Journal militaire officiel*, vol. V, p. 147), qui dispose que les miliciens appartenant à des communes éloignées des corps de plus d'une journée de marche, peuvent recevoir leur congé et décompter par l'entremise de l'administration communale. En examinant les congés des miliciens qui réclament des secours comme victimes de l'ophthalmie, j'ai constaté que la grande majorité s'était fait appliquer les dispositions de la circulaire que je viens de citer. Ces hommes, visités au moment où ils avaient quitté leurs régiments, étaient exempts d'ophthal-

descences constatées dans ces visites seraient immédiatement signalées au département de la guerre, et que les individus atteints seraient envoyés au lazaret pour y être traités en attendant que M. le ministre de la guerre ordonnât, s'il y a lieu, leur admission dans un hôpital militaire.

J'ai engagé l'autorité à réclamer que les granulés traités dans les casernes y fussent consignés, et que l'on fit loger à l'hôpital, au lieu de les héberger chez les habitants, les ophthalmiques de passage se rendant à l'hôpital militaire de Louvain à l'époque des contre-visites. S'il n'a rien été prescrit sous ce double rapport, il serait important de faire en sorte que M. le Gouverneur renouvelât ses réclamations justifiées par les faits de communication que j'ai signalés dans mon *Rapport*, et par d'autres qui sont venus s'y joindre depuis un an.

B. — Relativement au dépôt de mendicité de la Cambre, je pourrais me borner à vous renvoyer à ce que j'ai écrit déjà. Il me paraît plus convenable de vous présenter une nouvelle fois ce que je sais à ce sujet.

Conformément aux instructions de M. le Gouverneur, une visite générale des détenus a été pratiquée par M. le docteur Charron, médecin en chef de l'établissement, et par moi. Le résultat a été que le germe de l'ophthalmie s'y rencontrait, à cette époque, dans une proportion de 12 p. °/₀ du chiffre total des détenus.

Grâce à la sollicitude incessante de M. Charron, au soin que prend cet habile et zélé praticien de séquestrer immédiatement tous les cas d'ophthalmie déclarée, à la hardiesse et à la persévérance qu'il apporte dans l'emploi du nitrate d'argent, grâce aussi à l'excellente tenue introduite dans la maison, par le directeur, M. Gerbert, qui a pris toutes les mesures possibles d'aérage et de ventilation, la maladie n'y a jamais plus revêtu le caractère épidémique qu'elle avait pris une fois, il y a quelques années, chez les enfants. Une part notable, dans ce résultat si heureux, revient sans contredit aux conditions atmosphériques et à la constitution médicale régnante, contraires à l'extension et à l'aggravation du mal, qui ont toujours coïncidé avec le trop plein si excessif qui a eu lieu à

mie, ou, pour mieux dire, *leurs conjonctives paraissaient saines, mais recélaient néanmoins le germe de la maladie;* dans l'intervalle qui avait séparé leur renvoi en grande permission et leur licenciement définitif, ils avaient contracté des recrudescences qui, mal soignées ou abandonnées à elles-mêmes, avaient fréquemment déterminé des lésions rendant le travail difficile, souvent impossible. Or, qu'un malheureux, ainsi devenu hors d'état de subsister du travail de ses mains, réclame une pension ou un secours : l'administration de la guerre répondra qu'il devait faire valoir ses droits au moment de sa libération, que les règlements militaires le prescrivent formellement, à moins de déchéance de ces droits. Il faudra alors l'intervention d'une autorité civile, une longue correspondance administrative, et de nombreuses recherches dans les livres matricules, pour que l'on arrive à venir au secours de ce milicien qui, s'il s'était rendu au corps pour décompter, y eût été visité par un médecin et n'eût été renvoyé qu'après parfaite guérison ou avec une pension si des lésions fussent survenues. — J'ai réclamé, dans mon *Rapport* (pp. 287-292 et p. 303), le rappel de cette circulaire; une correspondance s'est engagée à ce sujet entre l'administration de la guerre et le département de l'intérieur ; celui-ci a consulté l'administration des provinces, par circulaire du 5 mai 1847, 2ᵉ division, nº 4087 ; M. le Gouverneur du Brabant s'est hâté de faire connaître, par lettre du 8 du même mois, nº 3396, combien il était important de supprimer la mesure en usage. Ces démarches n'ont jusqu'ici abouti à aucun résultat.

diverses reprises dans l'établissement. Les médecins qui ont fait une connaissance intime avec l'ophthalmie contagieuse et qui ont été témoins des ravages qu'elle exerce parfois dans les grandes réunions d'individus, ne manqueront cependant pas de considérer comme un hasard, en quelque sorte providentiel, qu'avec un pareil nombre de granulés, et en présence d'un encombrement comme celui qui a existé depuis deux ans au dépôt de mendicité, on n'ait pas eu à y déplorer une catastrophe du genre de celles dont l'histoire du fléau en Angleterre, en Italie, en Prusse et en Russie, offre de si terribles exemples.

La proportion des granulés a aujourd'hui considérablement décru à l'établissement d'Ixelles; je n'en crois pas moins les administrations communales du Brabant, et celle de Bruxelles en particulier, fondées à réclamer, au nom de l'humanité et dans leur intérêt financier, que M. Charron soit autorisé à mettre en usage des mesures prophylactiques complètes qui fassent que la Cambre, au lieu de favoriser l'extension du fléau dans la classe pauvre et ouvrière, contribue, au contraire, à diminuer le chiffre des malheureux qui payent leur tribut au mal.

Voici la série des mesures dont j'ai proposé l'adoption à l'autorité provinciale :

« 1° N'admettre au dépôt qu'un nombre d'individus en rapport avec les locaux dont on peut disposer;

» Ne loger dans les dortoirs qu'un nombre de détenus tel que les lois de l'hygiéne ne soient point transgressées;

» Continuer à exiger la propreté la plus minutieuse et à entretenir l'aération et la ventilation des locaux, surtout de ceux destinés aux enfants;

» Ordonner aux détenus de ne point se laver dans la même eau; leur défendre strictement de faire en commun usage d'un même essuie-mains;

» 2° Rechercher avec le plus grand soin tous les individus atteints de granulations, les séparer strictement des autres détenus; les soumettre à la cautérisation; visiter, dans le même but, et à des intervalles rapprochés, les conjonctives de tous les détenus sans exception;

» 3° Établir diverses catégories de granulés, envoyer à l'hôpital ceux atteints d'opthalmie déclarée, quelque bénigne qu'elle paraisse; séparer ceux atteints de granulations sécrétantes d'avec ceux porteurs de granulations sèches, les espacer convenablement, les faire travailler dans des ateliers séparés, ne point permettre leur rentrée dans les dortoirs et les ateliers communs avant leur guérison complète et éprouvée;

» 4° Visiter sévèrement les conjonctives de tous les détenus nouveaux : séquestrer ceux qui sont granulés, jusqu'à ce que leur état permette de les confondre avec les autres;

» 5° Séparer strictement, dans l'hôpital, les malades atteints d'autres ophthalmies, de ceux souffrant d'ophthalmie contagieuse; séquestrer exactement ces derniers; éloigner sans le moindre retard ceux atteints d'ophthalmie aiguë de ceux affectés d'ophthalmie sub-aiguë;

6° Ne mettre en liberté que les individus qui sont radicalement guéris;

» Cette disposition est de la plus grande importance; elle parera à la résistance que pourraient opposer quelques détenus à l'emploi de la cautérisation.

» 7° Passer au chlore les fournitures et objets d'habillement des ophthalmi-

» ques; lessiver et récurer les objets à leur usage. Fumiger les locaux qu'ils » ont occupés; blanchir les murailles. »

C. — Ce que j'ai proposé au sujet de la Cambre est parfaitement applicable à l'hospice des Orphelines, s'il est vérifié qu'il s'y rencontre des pensionnaires infectées. L'exemple de ce qui s'est passé à l'hospice des Orphelines de Malines, où le mal a pris des proportions considérables et a fait dépenser des sommes très-fortes, doit engager à ne point procéder par tâtonnements.

Il devrait, dans tous les cas, être stipulé que les filles portant le germe de l'ophthalmie contagieuse ne peuvent être admises dans cette maison, avant qu'une guérison radicale et éprouvée ait été obtenue.

D. — La même exigence est indispensable à l'égard des enfants reçus dans les écoles communales, qui devraient d'ailleurs être visités à des intervalles rapprochés, de manière à permettre de renvoyer jusqu'à guér son radicale, tous les granulés que l'on y rencontrerait.

E. — Je vais vous soumettre maintenant, M. le Bourgmestre, la question que j'ai posée à propos des cas d'infection dans les ateliers :

« Ne doit-on pas considérer comme un devoir d'avertir les fabricants, et en » général tous ceux qui emploient un grand nombre d'ouvriers, du danger que » courent dans les ateliers les individus parmi lesquels on admet des personnes » qui portent le germe de l'ophthalmie contagieuse? »

F. — Reste l'hospice des Enfants valétudinaires, à Ixelles. M. Bosch et moi, nous avons noté plusieurs cas de propagation dans lesquels le germe de la maladie paraissait évidemment avoir été contracté dans cet hospice. Voici, entre autres, deux faits que j'ai relatés déjà :

« 1) Le nommé Chenelle (Charles-Joseph), âgé de 6 ans, a été admis à l'hospice d'Ixelles; il y a contracté une ophthalmie qui n'était point guérie au moment de sa sortie. Les yeux étaient, il est vrai, sains en apparence; mais en renversant les paupières, on découvrait des granulations assez volumineuses : un filet de muco-pus occupait le sillon palpébro-oculaire. C'est dans cet état qu'il m'a été présenté.

» Cet enfant, abandonné par ses parents, a été recueilli par un nommé Hanssens (Henri-Joseph), âgé de 52 ans, ouvrier typographe, domicilié rue Haute, n° 192.

« Peu de jours après son retour, le petit Chenelle contracta une recrudescence de son ophthalmie, et aussitôt Hanssens, sa femme, âgée de 30 ans et son fils Désiré, âgé de 5 ans, furent pris d'ophthalmie purulente subaiguë.

« Il n'est pas survenu d'accidents; mais il y a eu pour Hanssens et sa femme incapacité de travail de plus de 25 jours.

« 2) Uyttebroek (Henri), âgé de 4 ans, rue des Morts, n° 3, est sorti de l'hospice d'Ixelles dans les mêmes conditions que Chenelle.

« Rentré dans sa famille, il a communiqué la maladie à sa sœur Marie, âgée de 18 mois; à peu de jours d'intervalle, le père et la mère se sont trouvés affectés.

« L'ophthalmie a présenté chez tous les quatre une gravité telle, que le médecin des pauvres de la paroisse les a envoyés à l'hôpital Saint-Jean, où il a fallu les séquestrer; après les y avoir retenus durant près d'un mois, j'ai pu les laisser sortir quoique incomplétement guéris.

« Une servante logée dans la maison a aussi été atteinte, mais à un degré moindre.

« La nommée Van Hemelryck (Anne-Marie), femme Termond, âgée de 27 ans, logée dans la même maison, est venue prêter quelque assistance à la famille Uyttebroek : elle n'a pas tardé à ressentir les atteintes du mal. »

On ne peut expliquer la production de semblables faits que par la circonstance qu'il n'est pas admis en règle, à l'hospice d'Ixelles, que les enfants atteints d'ophthalmie contagieuse doivent être privés de toute espèce de rapports avec les autres malades. Il suffira sans doute d'appeler l'attention de messieurs les administrateurs de cet établissement sur les dangers de cette communication, pour qu'on la fasse cesser, si elle existe.

La nécessité de séparer, dans les hôpitaux, les individus atteints d'ophthalmie contagieuse d'avec ceux atteints d'autres maladies et surtout d'autres affections oculaires, est trop généralement proclamée, la pratique contraire a donné lieu à des malheurs trop connus, pour que je m'y arrête ici.

G. — Des visites fréquentes de tous les membres des familles secourues par la bienfaisance publique, sont indispensables. La menace de rayer de la liste des indigents ou de priver de certains dons ceux qui, atteints de la maladie, refuseraient de se faire traiter ou d'entrer dans un lazaret lorsque le cas l'exigerait, ainsi que ceux qui négligeraient de faire soigner leurs enfants, ou de se présenter à temps à la visite d'un médecin, ne manquerait pas d'exercer une bonne influence.

Tous les moyens possibles devraient être mis en usage pour propager parmi les pauvres et les ouvriers la connaissance de la nature contagieuse de la maladie et des moyens de s'y soustraire. L'intervention de messieurs les visiteurs et maîtres des pauvres pourra être ici d'un grand secours (1).

Pour ce qui est des ouvriers qui ont le poids de l'entretien de leur famille, ou y contribuent seulement, il faudrait nécessairement faire quelque chose en leur faveur; dans le cas contraire, ils réclameraient trop hâtivement leur sortie du lazaret, et il arriverait ainsi que, dans un grand nombre de cas, on aurait fait des frais sans pouvoir en retirer un bénéfice réel.

§ 53. Quelques notes recueillies à la consultation gratuite de l'Institut ophthalmique et la statistique que j'ai dû dresser, m'ont révélé que les granulations doivent se rencontrer assez fréquemment chez les prostituées que j'appellerai de troisième classe, — pour parler le langage du règlement en vigueur, — qui ont le plus de rapports avec les soldats de la garnison. A Liége, où pareille remarque a été faite par M. le docteur Decondé, on a proposé que ces filles fussent soumises, sous le rapport de l'ophthalmie, à un examen analogue à celui qu'elles subissent pour les affections vénériennes et la gale.

§ 54. Je devrais vous entretenir encore, M. le Bourgmestre, du corps des sergents de ville et du corps des pompiers, et vous signaler l'intérêt qu'aurait la ville en adoptant, pour les pompiers en particulier, les mesures relatives à l'ophthalmie en vigueur dans l'armée. Cette question ne se rattachant qu'indirectement à la mission qui m'a été confiée, je pense qu'il est plus convenable de la traiter dans une note spéciale que j'aurai incessamment l'honneur de vous faire parvenir.

(1) Voir, au sujet de la nécessité d'améliorer les logements des pauvres et des ouvriers, ce que j'ai écrit dans mon *Rapport*, notamment p. 322, sub n° 5.

IV

Nécessité de recourir sans le moindre retard à des moyens propres à arrêter l'extension du fléau et à diminuer le nombre des cas d'invalidité ou d'incapacité pour le travail, qui en sont le résultat. — Importation de l'ophthalmie dans les familles aisées, par des domestiques et des servantes infectés par leurs proches ou dans des logements d'ouvriers.

§ 55. Je viens de terminer, M. le Bourgmestre, l'exposition de tout ce qui est venu à ma connaissance au sujet des diverses voies par lesquelles l'ophthalmie contagieuse s'introduit et se répand de plus en plus dans la classe pauvre et ouvrière de la capitale.

Cet état de choses est très-grave, et tous les hommes compétents vous diront avec moi que si des mesures énergiques ne viennent mettre obstacle à la propagation incessante de ce fléau, les cas de cécité, jusqu'ici fort heureusement peu nombreux, deviendront de plus en plus fréquents; il faudra alors, de par la loi communale (1), consacrer à l'entretien de ces malheureux, devenus aveugles ou incapables de pourvoir à leur subsistance et à celle de leurs familles, des sommes qui dépasseront, dans les plus énormes proportions, les frais qui seraient nécessaires pour conjurer la maladie dans des limites peu effrayantes et arriver enfin à la dompter, à l'user.

§ 56. Les diverses dispositions de police médicale dont je propose l'adoption forment un ensemble que je crois pouvoir présenter comme complet. Il se peut toutefois que de nouveaux faits d'une nature que je n'ai pas observée encore, soient révélés et nécessitent quelques précautions additionnelles.

Ces mesures se relient toutes, vous l'aurez remarqué, M. le Bourgmestre, à la création d'un lazaret. Il serait à peu près illusoire de rien entreprendre avant d'avoir ouvert un semblable asile. A quoi aboutiraient en effet les visites dans les logements, celles dans les familles des pauvres, si l'on ne pouvait pas séquestrer les personnes atteintes à un degré essentiellement contagieux? Peut-on d'ailleurs continuer à laisser se produire des faits de la nature de celui dont la relation suit?

François Dewitte a souffert d'ophthalmie pendant qu'il servait au 11e de ligne; congédié en 1842, après avoir été trouvé exempt de granulations, pendant plus d'une année, à toutes les visites hebdomadaires des médecins du régiment, il s'en vient habiter chez sa mère, allée au Blé, n° 2, rue de Schaerbeéck; il y partage le lit de son frère utérin, Charles Van Deuren, qui couche dans la même chambre que sa mère, la veuve Van Deuren, et sa sœur Philippine. Dix semaines se passent sans qu'il ressente le moindre symptôme de son ancienne affection; il est alors exposé à un courant d'air dans l'atelier d'imprimerie où il travaille, et le lendemain ses yeux sont rouges, ses paupières agglutinées le matin. A deux semaines d'intervalle, son frère, sa mère et sa sœur étaient affectés d'une ophthalmie purulente sub-aiguë qui les a mis, durant près de dix mois, dans l'impossibilité absolue de travailler. Ch. Van Deuren a éprouvé cinq recrudescences successives qui ont occasionné chaque fois une incapacité de tra-

(1) Article 131, 17°.

vail de plusieurs semaines et qui ont enfin donné naissance à des lésions auxquelles il sera très-difficile de remédier complétement. Sa sœur a conservé une irritabilité oculaire qui la met fréquemment hors d'état de travailler et la forcera sans doute de renoncer à la profession de dentellière.

Il ne se passe pas de semaine que M. Bosch et moi n'ayons à enregistrer des faits de semblable nature, dont fourmille du reste la statistique que j'ai dressée sur l'invitation de M. le Ministre de la justice.

§ 57. Il est très-probable que la maladie ne se fût pas propagée aux autres membres de la famille, si François Dewitte avait pu quitter le logis dès le premier jour de la recrudescence de son mal, comme je le lui avais conseillé. Et lorsque, par défaut de cette précaution, il eut communiqué son affection à ses parents, la longue incapacité de travail qui a eu lieu, les nombreuses recrudescences observées, la quasi-invalidité qui est survenue chez Charles et Philippine Van Deuren eussent été évitées, s'il avait été permis de soustraire la famille entière à l'influence nuisible de l'encombrement dans une chambre étroite et de favoriser ainsi l'action de la thérapeutique mise en usage.

§ 58. Je vous citerai comme exemple le fait suivant, que j'emprunte à mon *Rapport à* M. Liedts.

« La femme Van Nieuwenhoven a pour mari un ancien soldat du 10e régiment de ligne, qui est aujourd'hui séparé d'elle. Cet homme a souffert d'ophthalmie pendant qu'il se trouvait dans les rangs de l'armée, en 1838 et 39. Depuis qu'il avait été congédié, ses yeux n'avaient même jamais été chassieux, lorsque en 1843, je le vis diverses fois à ma consultation, accompagnant des maçons ophthalmiques qu'il servait en qualité de manœuvre, et avec lesquels il logeait. Au bout d'un certain temps, il vint lui-même se faire traiter avec cinq maçons dont il partageait la chambre; après quelques cautérisations, il se trouva mieux, et l'ouvrage étant venu à manquer, il retourna chez sa femme, où il passa quelques nuits seulement.

» A quelque temps de là, trois de ses cinq filles ont commencé à souffrir des yeux, qui étaient rouges, surtout le matin. Quelques jours plus tard, ces trois filles furent admises à l'hospice des Enfants valétudinaires à Ixelles, pendant qu'il y régnait de l'encombrement, et bientôt elles y souffrirent d'ophthalmie confirmée. Rentrées chez leur mère, qui occupe, 17, rue N.-D.-aux-Neiges, une chambre de quelques pieds carrés, où se trouvent deux lits, où il n'existe qu'un seul vase pour les ablutions, qu'un seul essuie-mains, la sécrétion de leurs paupières n'a pas tardé à augmenter de nouveau. Après deux jours, la mère et les deux autres sœurs se sont trouvées affectées au même degré; des chaleurs sont survenues, et leur action, aidée de celle de l'encombrement, a fait passer chez quatre l'ophthalmie à l'état de purulence aiguë. Ces six malheureuses s'étant présentées à l'hôpital, je crus devoir réclamer leur admission : le Conseil des hospices, qui se trouvait justement assemblé, l'autorisa immédiatement. Toute la famille fut séquestrée dans deux chambres inoccupées du second étage.

» La maladie a revêtu chez quatre de ces six malades un caractère d'acuité qu'on ne rencontre pour ainsi dire plus, même dans l'armée; elle s'accompagnait de complications scrofuleuses qui en augmentaient infiniment la gravité. Il régnait alors (mai et juin) une chaleur accablante; et cependant il n'est survenu d'accident (perforation de la cornée, avec hernie de l'iris) que chez une

fille, et encore cet accident n'a-t-il laissé qu'une gêne à peine sensible dans l'exercice de la vision. »

Ce résultat heureux avait été obtenu en dix semaines, et depuis lors toute la famille a pu reprendre le travail (1).

§ 59. Je ne saurais être le moins du monde taxé d'exagération, M. le Bourgmestre, en affirmant que si cette famille n'avait pu être soustraite à l'influence de l'encombrement au milieu duquel elle vivait dans son domicile de la rue N.-D.-aux-Neiges, il m'aurait certainement été impossible, quelque médication que j'eusse mise en usage, d'empêcher que plusieurs de ses membres, tous peut-être, ne perdissent complétement la vue, ou conservassent au moins des altérations qui les eussent mis, pour le reste de leurs jours, à la charge de la bienfaisance municipale.

§ 60. D'un autre côté, les hommes qui ont vu de près l'ophthalmie contagieuse n'hésiteront pas un instant à proclamer que sans la précaution que j'ai prise de séquestrer ces six malades, dont quatre atteintes au degré aigu et pendant des chaleurs accablantes, leur mal se fût immanquablement propagé à toutes les personnes couchées dans la salle où on les aurait placées: il n'eût pas été surprenant alors de lui voir franchir les limites de cette salle pour aller frapper d'autres malades de l'hôpital, et revêtir ensuite toutes les proportions d'une épidémie dans cet établissement.

§ 61. Dans les faits que j'ai cru utile de mettre sous vos yeux, la maladie a fréquemment affecté la forme aiguë. Les choses sont loin de se passer toujours ainsi; cependant les cas de cette nature ne constituent pas des exceptions (ainsi que cela a été écrit): ils sont rares, sans doute, relativement au nombre énorme de granulés que l'on rencontre à Bruxelles; mais leur fréquence, quant aux malades traités, dépasse celle que l'on a observée de tout temps dans l'armée en dehors du règne épidémique.

C'est ce qui va ressortir de l'exposition statistique que je vais faire, en prenant pour base l'état des malades au moment où ils se présentent à notre consultation.

§ 62. Le relevé que j'ai consigné à la p. 268 de mon *Rapport à M.* Liedts comprend, sur 7,510 malades inscrits au livre de l'Institut du 1er juillet 1840 au 31 décembre 1845 et lors de ma visite de 1844 dans les chefs-lieux de canton du Brabant, 916 individus souffrant d'ophthalmie contagieuse (743 atteints à l'un des trois degrés de ce mal, et 163 porteurs de lésions suites de cette affection). La proportion est de 11 p. °/₀.

(1) Dans un rapport que j'ai adressé à la Commission médicale locale au sujet de la famille Van Nieuwenhoven, j'ai cru pouvoir exprimer que Van Nieuwenhoven avait infecté sa femme et ses cinq enfants qui avaient porté des granulations indolentes qui étaient passées à l'état d'ophthalmie confirmée, chez trois de ces dernières, sous l'influence de l'encombrement qui régnait à l'établissement d'Ixelles : plus tard, l'encombrement dans une chambre avait eu le même effet.

Je dirai toutefois que je ne me suis prononcé à ce sujet qu'avec beaucoup de réserve; car on pourrait très-bien admettre que l'affection oculaire, très-légère, dont ces filles scrofuleuses ont été atteintes avant d'être admises à l'hospice d'Ixelles, était de nature scrofuleuse, et que, ainsi prédisposées, elles y ont été infectées par le contact avec d'autres malades atteints d'ophthalmie contagieuse; rentrées dans leur famille, elles auraient communiqué le mal à leur mère et à leurs deux sœurs. (Voir ci dessus, § 51, F.)

Laissant de côté les 163 lésions secondaires, j'ai détaillé comme suit les 743 inscriptions (9 1/2 p. °/o du chiffre total des malades) qui subsistaient :

Ophthalmies déclarées. . . .	240	743
Granulations conjonctivales.	254	
Pannus vasculaires	249	

§ 63. En recourant aux cahiers d'inscription, on trouve que les 240 ***ophthalmies déclarées*** sont représentées par 71 ophthalmies ***aiguës*** (le degré le plus élevé) et 169 ***sub-aiguës*** (deuxième degré).

Les ophthalmies sub-aiguës et les granulations sécrétantes ou sèches, accompagnées de pannus vasculaire, ont été inscrites, comme on le fait ordinairement, sous la dénomination de *pannus ;* les rapports de fréquence du premier et du second degré ne peuvent ainsi être reconnus.

Un tableau formé d'après la classification plus méthodique que j'ai suivie dans le présent mémoire, pouvait seul faire ressortir la proportion dans laquelle se produisent les différents degrés ; or, voici (en négligeant ou forçant les fractions, de manière à établir des nombres ronds) l'échelle p. °/o que fournissent les 743 malades dont les inscriptions viennent d'être citées :

Ophthalmies aiguës.	9	1re manifestation. .	8	rapide.	3
				après diverses atteintes à l'état sub-aigu. . . .	5
		2e manifestation. .	1	Id.	1
Ophthalmies sub-aiguës. . .	53	1re manifestation. .	30	avec pannus. . .	11
				sans pannus. . .	19
		recrudescence . . .	23	avec pannus. . .	18
				sans pannus. . .	5
Granulations avec sécrétion.	33	primitives (*) . . .	6		
		secondaires (**) . .	27	avec pannus. . .	5
				sans pannus. . .	22
Granulations sèches.	5	primitives	1		
		secondaires.	4		

§ 64. Le chiffre total des ophthalmies de diverses natures (***scrofuleuses, catarrhales, rhumatismales, etc.***) ayant été de 2,690 pour la période de 1840 à 1845 inclusivement (1), les ophthalmies contagieuses parvenues aux degrés aigu et sub-aigu (466) y figurent dans la proportion de 17 p. °/o.

Ces dernières ophthalmies ont atteint le rapport de 37 p. °/o avec le total des inscriptions pour ophthalmie scrofuleuse (466 pour 1,248) dont la fréquence, relativement aux ophthalmies en général, varie dans tous les grands

(*) C'est-à-dire n'étant jamais parvenues au degré d'ophthalmie sub-aiguë.

(**) Ou rétrocession de l'ophthalmie aiguë ou sub-aiguë. Il est à regretter que notre livre d'inscription n'offre que des données incomplètes pour établir la proportion des recrudescences et rétrocessions successives présentées par les ophthalmies sub-aiguës et les granulations proprement dites.

(1) La modification que j'ai fait subir aux inscriptions ayant augmenté de 226 le nombre des cas devant être inscrits sous la rubrique *Ophthalmie sub-aiguë*, le total général de l'état n° 4, joint à mon ***Rapport à*** M. Liedts, est porté à 2,690 au lieu de 2,464.

centres de population de l'Europe entre 40 et 50 p. °/o; la moyenne pour la province de Brabant a été, pour 1840-45, de 60 p. °/o (1).

§ 65. Le tableau ci-dessus (§ 63) se rapporte, ainsi que je l'ai dit, à la période du 1er juillet 1840 au 31 décembre 1847.

Le résultat de mes visites dans les chefs-lieux de canton et dans les diverses sections de la ville de Bruxelles a porté M. le Gouverneur à intervenir au moyen de circulaires et avis adressés aux administrations communales : tout récemment il est intervenu une nouvelle fois, sur l'invitation spéciale de M. le Ministre de la justice.

L'éveil qui a ainsi été donné a exercé le plus salutaire effet ; les malades qui négligent leur affection et attendent qu'elle ait acquis un certain degré de gravité avant de se présenter à notre consultation, deviennent tous les jours moins nombreux ; il en est de même de ceux qui abandonnent trop hâtivement l'emploi de la médication prescrite. Il est facile de se convaincre de la réalité de ce fait en jetant les yeux sur la récapitulation qui suit des malades (domiciliés à Bruxelles et n'ayant pas contracté l'ophthalmie dans les rangs de l'armée) inscrits par M. Bosch ou par moi au livre de l'Institut ophthalmique depuis le 1er janvier 1846 jusqu'à ce jour ; cette récapitulation établit le rapport suivant p. °/o :

Ophthalmies aiguës.	5	1re manifestation. .	4		
		2e »	1		
Ophthalmies sub-aiguës. . .	60	1re manifestation. .	38	avec pannus. . .	3
				sans » . .	35
		recrudescence . . .	22	avec pannus. . .	13
				sans » . .	9
Granulations avec sécrétion.	29	primitives.	9		
		secondaires. . . .	20	avec pannus. . .	3
				sans » . .	17
» sèches. . .	6	primitives.	2		
		secondaires.	4		

Il est important que vous sachiez que pendant les deux années (1846 et 1847) auxquelles se rapporte le tableau que je viens de former, le nombre des inscriptions pour ophthalmie contagieuse, en général, a formé 30 p. °/o du total des maladies observées

Il n'avait été que de 11 p. °/o pour la période 1840-45 (voir § 62) ; il a donc pour ainsi dire été triplé.

Les accidents secondaires inscrits sont tombés de 18 à 4 p. °/o, ce qui tient au grand nombre d'aveugles militaires (la plupart pensionnés) inscrits de 1840 à 1846.

Les inscriptions aux premier, second et troisième degrés ont atteint le rapport de 26 p. °/o (au lieu de 9 1/2 p. °/o — voir § 62) avec le chiffre général des inscriptions ; celles au premier et au second degrés donnent le rapport de 16 p. °/o ; celles au troisième degré y figurent pour 10 p. °/o.

La proportion des ophthalmies aiguës et sub-aiguës, en rapport avec les autres ophthalmies, a été, pour le tableau § 63, de 17 p. °/o ; elle a été pour 1846 et 1847 de 35 p. °/o, c'est à dire doublée.

(1) Voir, à ce sujet, les détails consignés dans mon *Rapport*, §§ 2, 3, 4, 5 et 6, pages 6 9.

Les inscriptions à ces deux degrés ont été à celles pour ophthalmies scrofuleuses dans le rapport de 90 p. °/°, au lieu de 37 noté pour la période 1840-45.

§ 66. De la comparaison des deux tableaux (§ 63 et § 65), il résulte que les ophthalmies aiguës se présentent moins fréquemment à notre consultation depuis janvier 1846 ; cette diminution s'explique autant par la venue en temps utile d'un plus grand nombre de malades, que par la séquestration qu'il a souvent été possible d'opérer, et qui a eu pour résultat d'arrêter la manifestation aiguë qui était imminente chez plusieurs personnes d'une même famille ou d'un même logement. Toutefois, la proportion de 5 p. °/° relativement au total des inscriptions doit encore être considérée comme énorme ; elle dépasse de beaucoup celle qui était observée dans l'armée, en temps ordinaires, à l'époque où les granulés n'étaient point recherchés pour être soumis à la thérapeutique si convenable qui est aujourd'hui instituée.

§ 67. Le chiffre des pannus, tombé de 34 à 19 p. °/°, constitue un progrès immense en bien ; cette proportion reste néanmoins excessive (1).

§ 68. La diminution de cette combinaison porte principalement sur les ophthalmies sub-aiguës se manifestant pour la première fois ; la proportion de 11 p. °/°, indiquée pour 1840-45 (voir § 63), témoigne de l'insouciance des malades, qui ont alors réclamé trop tardivement nos soins ou ceux d'autres médecins, ou n'ont suivi qu'incomplétement les prescriptions qui leur ont été faites avant leur venue à la consultation.

§ 69. Les recrudescences d'ophthalmie sub-aiguë compliquée de la vascularisation des cornées, ont subi une plus faible diminution (5 p. °/°) ; elles ont été observées, comme de 1840 à la fin de 1845, soit sur des malheureux qui éprouvent des exacerbations en quelque sorte périodiques, soit sur des malades qui cessent de se présenter dès que l'affection a rétrocédé du second au premier degré, soit enfin, et ces cas sont les plus nombreux, sur des ouvriers et des femmes de ménage, chez lesquels il s'est manifesté de temps à autre un état inflammatoire sub-aigu qui s'est calmé rapidement par de simples lotions froides ou par l'emploi de remèdes familiers. Chaque atteinte nouvelle a augmenté l'altération conjonctivale, et sans qu'il ait jamais existé autre chose qu'une ophthalmie sub-aiguë très-bénigne, il surgit une opacité vasculaire qui annihile l'exercice de la vision ou l'empêche au point de rendre invalides ceux qui en sont atteints.

La ville de Bruxelles compte un nombre très-grand de malheureux qui sont ainsi devenus incapables de subsister du travail de leurs mains, et constituent une charge très-lourde aussi bien pour leurs familles que pour le budget de la bienfaisance. Beaucoup d'entre ces victimes de l'ophthalmie doivent être considérées comme incurables, ou comme pouvant tout au plus récupérer un cer-

(1) J'ai dit que le tableau § 65 ne comprenait ni malades étrangers à la ville de Bruxelles, ni ophthalmies contractées au service.

Il est très-digne de remarque que la balance ne subit qu'un dérangement à peine sensible lorsqu'on comprend tous les malades dans la récapitulation. Si on la borne à ceux appartenant aux campagnes, il se manifeste une différence qui porte sur les premières manifestations d'ophthalmie sub-aiguë accompagnée de pannus, qui montent à 4 au lieu de 3 p. °/°, et sur les recrudescences avec pannus, qui montent à 16 au lieu de 13 p. °/°; ce qui porte à 23 p. °/° au lieu de 19 le nombre des cas de pannus.

tain degré de vision. Il en est d'autres, en quantité assez notable, qui pourraient être guéries au point de pouvoir reprendre le travail et d'être en état de pourvoir, en tout ou en partie, à leur subsistance et à celle de leur famille; mais ce résultat ne pourrait être acquis qu'en les soustrayant aux influences combinées de la misère et des milieux dans lesquels elles vivent, pour les faire entrer dans un hôpital où on les soumettrait à la médication nécessaire.

C'est ici le lieu de placer une remarque importante au point de vue financier. Un malheureux de la catégorie dont il vient d'être question devra subir un traitement dont la durée sera toujours de plusieurs mois, et dans quelques cas d'une année et même plus, en raison de complications constitutionnelles exagérées ou engendrées par les privations et de l'extension profonde de la maladie, due au manque de soins médicaux. Admis à temps dans un lazaret, un séjour de quelques semaines eût été suffisant pour amener une guérison radicale et lui épargner la misère qu'il a endurée et qui l'a forcé d'implorer des secours et lui a fait contracter des habitudes de paresse dont il lui est maintenant bien difficile de se dépouiller.

§ 70. Les pannus avec granulations sécrétantes que nous inscrivons existent presque toujours chez des malades qui ont souffert autrefois d'ophthalmie subaiguë qui s'est compliquée d'une vascularisation qui s'est montrée rebelle aux moyens employés, ou qui se reproduit incessamment sous l'influence d'un trichiasis (1), ou parce que la cautérisation a été employée de manière à détruire les conjonctives, qui sont remplacées par un tissu rugueux de nouvelle formation.

Il survient alors, à des intervalles souvent très-rapprochés, un accroissement de souffrance qui exige l'intervention de l'art.

Il y a, dans la presque totalité de ces cas, incurabilité complète. J'aurais dû, à ce titre, les écarter de mon relevé, qui ne comprend aucun accident secondaire.

Cette catégorie comprend aussi des scrofuleux torpides, chez lesquels les granulations amènent le pannus et parfois la cutisation des conjonctives, sans qu'il ait, pour ainsi dire, existé de supersécrétion; une diminution considérable, parfois la perte totale de la vision, est survenue sans que le malade ait cru devoir réclamer le secours d'un d'homme de l'art et y ait vu autre chose qu'une *faiblesse* progressive *de la vue*.

§ 71. Le chiffre insignifiant des granulations sèches primitives vient confirmer ce que l'observation a établi, à savoir que ces altérations de la conjonctive sont le plus ordinairement indolentes, stationnaires, et que les individus qui en sont atteints n'en ressentent aucune gêne (2).

§ 72. La crainte d'une recrudescence amène dans la presque totalité des cas

(1) Nom donné à la direction vicieuse que prennent tous les cils ou seulement quelques uns d'entre eux, en se tournant vers le globe de l'œil qu'ils irritent et enflamment. Le trichiasis que l'on observe à la suite de notre ophthalmie est rarement total; il est presque toujours partiel, et le plus fréquemment constitué par de *faux cils* qu'un examen minutieux peut seul faire découvrir. M. Bosch et moi, nous avons recueilli un assez grand nombre d'observations de ce genre; nous les ferons connaître dans notre prochain *Compte-rendu annuel des maladies observées à l'Institut ophthalmique*.

(2) Voir ci-dessus, § 6. Dans le relevé donné § 34, on compte 12 cas de granu-

ceux qui sont inscrits comme porteurs de granulations sèches *secondaires*. Il en est de même pour les *granulations sécrétantes secondaires*. Le souvenir d'anciennes et longues souffrances, la recommandation que nous avons faite de se présenter à la plus légère manifestation nouvelle du mal, ont ici exercé la meilleure influence.

§ 73. J'en ai certainement dit assez, M. le Bourgmestre, pour vous faire apprécier toute la portée du mal déjà produit. Les données statistiques que je viens de vous communiquer vous ont fait connaître le résultat positif de l'intervention de M. le Gouverneur et de M. le Ministre de la justice; elles constituent la démonstration la plus évidente du bienfait qui ne peut manquer de suivre l'adoption de mesures hygiéniques complètes ordonnées par le Conseil communal. L'éducation de la classe pauvre et ouvrière, au point de vue de l'ophthalmie contagieuse, a déjà fait un pas notable; le plus grand nombre ne tardera pas à être convaincu de l'importance des conseils qu'on lui donne, et l'on verra immanquablement décroître de plus en plus la proportion des cas graves et des accidents dus à la négligence des soins médicaux.

§ 74. Une circonstance importante qu'il ne m'est pas permis de vous taire, c'est que le fléau a franchi, depuis longtemps déjà, les limites de la classe pauvre et ouvrière; des domestiques, des servantes, infectés par leurs proches à la campagne, ou dans des logements, soit à Bruxelles, soit dans les faubourgs, ont importé le mal dans plusieurs familles.

Ainsi, une fille affectée par suite du contact avec son frère, qui avait contracté l'ophthalmie dans une ferme, est entrée au service de M. de B.....; son lit a été placé dans une chambre occupée par trois enfants qui n'ont pas tardé à souffrir des yeux; monsieur et madame de B... ont bientôt été atteints. Madame de B... a enduré pendant six mois les plus vives souffrances.— Une fille Herens, qui tenait la maladie de son frère, infecté dans un logement, à Bruxelles, se croyant parfaitement guérie, entre au service de M. Pariot (habitant alors l'hôtel Cluysenaer, domicilié aujourd'hui rue St-Laurent); bientôt deux enfants sont frappés du mal d'yeux, et monsieur et madame Pariot ne tardent pas à subir les effets de la contagion. Madame Pariot a souffert au plus haut degré et a failli perdre complétement l'œil gauche. — Un domestique est renvoyé de son service, et va attendre dans un logement, rue de Samaritaine, qu'il lui soit possible de se rengager; il n'est pas de huit jours dans cette maison, qui renferme des ouvriers ophthalmiques, qu'il est lui-même affecté : il vient à ma consultation, et les symptômes inflammatoires sont à peine apaisés, qu'il m'annonce qu'il va entrer en condition. Deux mois plus tard, j'étais, *sur sa recommandation*, appelé dans la famille anglaise qu'il servait à Saint-Josse-ten-Noode (rue Royale). Madame Garl..d, ses deux enfants et deux servantes souffraient de

lations indolentes sur 52 malades; ce qui équivaut à 1 sur 4 1/3. — Les 266 infectés dont il est question § 40 doivent être ainsi répartis :

Ophthalmies purulentes sub-aiguës	38
Granulations secrétantes	129
« indolentes	99

Cela fait 1 cas de granulations indolentes sur 2,7. — A la Cambre, où la séparation des ophthalmies sub-aiguës est l'objet de toute la sollicitude de M. Charron, nous avons noté, au moment de notre visite, que les granulations sèches figuraient ponr plus de la moitié dans le chiffre total des infectés.

notre ophthalmie. Du récit qui me fut fait, et des réponses aux questions que j'adressai, je dus conclure que le domestique avait infecté la cuisinière; celle-ci la bonne d'enfants, qui avait ensuite communiqué le mal aux deux petites filles confiées à sa garde, et que madame Garl..d tenait l'affection de sa fille aînée qui couchait avec elle depuis une quinzaine de jours.

§ 75. Il s'en faut de beaucoup que ces trois faits soient les seuls venus à ma connaissance; la littérature médicale belge en offre d'ailleurs d'assez nombreux exemples.

J'ai vu une demoiselle, appartenant à une famille infectée par une servante, importer le mal dans une maison d'éducation; toutes les élèves, sans exception, deux maîtresses et une servante ont été atteintes. Cette dernière est devenue borgne. Plusieurs observations de cette nature, recueillies dans diverses parties du pays, ont été relatées dans ces dernières années.

Ainsi donc, dans l'intérêt des classes aisées tout aussi bien que dans celui de la classe pauvre, il importe que l'on ne tarde pas plus longtemps à appliquer un remède à la calamité qui nous afflige. Les délais ne feront qu'augmenter les difficultés déjà si sérieuses de l'entreprise.

Le tableau que j'ai tracé pourra vous paraître sombre, M. le Bourgmestre; mais ses couleurs n'ont rien de forcé. Je me suis constamment appuyé sur des chiffres soigneusement, minutieusement colligés, et sur le résultat d'une observation de tous les jours à ma consultation gratuite, au lit des malades dans les hôpitaux, et aussi dans les réduits misérables et malsains où je dois pénétrer pour porter les secours de mon art, et où je ne peux, souvent hélas! plus donner que des consolations. Je me suis bien gardé de me laisser dominer par le souvenir des désastres dont j'ai été témoin pendant que j'appartenais au service de santé militaire, tant en Hollande qu'en Belgique, ou par l'impression qui m'est restée de la lecture des relations des graves épidémies qui ont souvent été observées, et qui surgissent encore çà et là dans les grands centres de population, parmi les rassemblements d'individus, dans diverses contrées de l'Europe, où le fléau s'est, comme chez nous, propagé des troupes à la classe civile; j'ai été jusqu'à me demander si la seule mention de ces tristes catastrophes n'allait pas avoir pour effet de jeter l'alarme, d'occasionner un effroi exagéré. Je n'ai pu m'arrêter devant une pareille considération. Ne pouvais-je pas, en effet, dire avec Massillon : *Voilà les périls, voici les moyens de les éviter?* Et d'ailleurs, taire qu'il existe dans l'histoire de l'ophthalmie contagieuse des enseignements qu'il ne faut pas perdre de vue, dont il faut au contraire tirer profit; ne pas montrer les dangers auxquels le présent nous conduit et qu'il faudra traverser dans un avenir qui est peut-être demain, si l'on n'y met obstacle, — n'eût-ce pas été de ma part une indigne tromperie, une forfaiture?

Veuillez agréer, etc.

Dr F. Cunier.

KYSTE DE L'ORBITE. OPÉRATION.

Observation communiquée par le docteur ROUSSILHE,

Chirurgien de l'hôpital de Castelnaudary.

OBS. — Laurent Guilhem, âgé de douze ans, résidant à Laurabac, n'a jamais éprouvé de maladie grave ; il jouit d'une bonne constitution. Il ne se souvient pas d'avoir reçu de coup sur l'orbite. Il y a environ un an, ses parents s'aperçurent que son œil droit faisait plus de saillie que le gauche. Le jeune malade n'a pas fait lui-même cette remarque ; il n'a jamais éprouvé la moindre douleur. Bientôt l'œil cessa de pouvoir être recouvert par les paupières, la conjonctive palpébrale de la paupière inférieure s'enflamma, se gonfla et forma un ectropion. La vision s'altéra graduellement, la pupille se dilata ; enfin, la difformité faisant toujours des progrès, les parents du malade l'amenèrent à l'hôpital, le 30 mai 1846, pour y être soumis à notre observation.

L'œil droit est fortement porté en haut vers le sourcil, il fait une saillie très-considérable entre les deux paupières ; la paupière inférieure est renversée en dehors ; la conjonctive, enflammée et tuméfiée, forme un bourrelet saillant ; une sécrétion mucoso-purulente s'en écoule abondamment. La pupille dilatée ne se contracte pas. Quand le malade ferme son œil gauche, son œil droit laisse passer une légère clarté, mais ne réfléchit distinctement aucun objet. Il n'y a ni douleurs, ni élancements dans l'orbite ; ce qu'il éprouve est plutôt un sentiment de gêne ou de tension. L'œil n'est pas soulevé par des battements ; il n'y a ni céphalalgie, ni paralysie des organes locomoteurs. Enfin, il n'existe aucun signe qui puisse faire croire à une inflammation antérieure. En conséquence, la maladie dont est atteint Laurent Guilhem ne peut être ni un fongus hématode, ni une exostose de l'orbite, ni un kyste ayant pris naissance dans la cavité crânienne, ni enfin un abcès phlegmoneux. Notre première pensée a été que nous avions à opérer un kyste simple ou hydatique de l'orbite, qui, s'étant développé graduellement, avait déterminé un exorbitisme si considérable.

Le 2 juin, nous procédâmes à l'opération, en présence de MM. Encely et Lolier. Le malade fut placé sur une chaise en face d'une croisée. Le déplacement de l'œil étant principalement en haut, le large bourrelet formé par la membrane muqueuse, et sous lequel on sentait une forte tension, nous fit penser qu'une incision

faite inférieurement entre l'œil et l'orbite sur la saillie conjonctivale, nous donnerait un chemin plus facile pour arriver sur le kyste et nous dispenserait d'inciser l'angle externe des paupières. Notre bistouri, après avoir parcouru deux centimètres de profondeur, tomba sur un tissu dense et serré sur lequel reposait la partie supérieure de l'œil. Ne pouvant, sans danger, prolonger l'incision dans ce sens, sans nous exposer à blesser le nerf optique et l'organe visuel lui-même, nous la détournâmes en dehors, incisant ainsi le petit angle de l'œil dans l'étendue de deux centimètres. Cette incision nous permit d'arriver facilement jusqu'au kyste; un bistouri droit fut plongé dans sa cavité. Cette ponction donna issue à une quantité considérable de sérosité citrine. Le doigt indicateur fut introduit dans la cavité séreuse: l'ouverture fut largement agrandie; mais avant que toute la sérosité fût complétement évacuée, nous eûmes l'attention de parcourir toute la cavité du kyste. Nous ne trouvâmes aucun corps qui permît de croire à l'existence d'hydatides. Nous introduisîmes une mèche de charpie jusqu'au fond de cette cavité anormale.

Immédiatement après que le kyste eut été vidé, l'œil reprit sa position normale.

Le malade avait supporté cette opération avec beaucoup de courage. On le porta sur son lit, on appliqua un appareil simple qu'on mouilla constamment avec de l'eau fraîche.

Le 3, les paupières sont très-gonflées; le malade se plaint de la tête, il a passé une nuit agitée; son pouls donne 120 pulsations. Prescription : saignée de deux palettes; diète; eau froide sur l'œil.

Le 4, l'inflammation des paupières est plus forte; le pouls donne 125 pulsations; céphalalgie, douleurs dans l'orbite. — Saignée de 350 grammes; applications d'eau froide.

Le 5, le malade a été moins agité dans la nuit; les douleurs de tête et celles de l'orbite sont moins violentes; le pouls est de 110 pulsations. — 12 sangsues aux apophyses mastoïdes deux verres d'eau de Seidlitz; applications d'eau froide.

Le 6, mauvaise nuit, pas de sommeil; douleurs dans l'orbite. Les tissus qui environnent l'œil sont enflammés. Jugeant que l'inflammation de l'intérieur du kyste était suffisante, nous avons enlevé la mèche de charpie qui était dans sa cavité; il en est sorti un liquide séro-purulent

Les 7, 8, 9, amélioration graduelle. Le 15, la paupière supérieure s'élève assez pour permettre de voir l'œil, dont la cornée transpa-

rente est portée en haut. La pupille n'est pas aussi dilatée qu'avant l'opération, elle se contracte à la lumière ; la vision ne s'est pas améliorée ; la suppuration du kyste est toujours abondante.

Le 30, diminution de l'ectropion ; le bourrelet muqueux est moins saillant.

Le 10 août. Guérison ; le strabisme persiste, la vision est encore imparfaite.

Le 1er *septembre* 1848. La vision ne s'est pas améliorée ; le globe de l'œil est toujours fortement porté en haut, mais il ne forme pas la moindre saillie.

CONJONCTIVITE DÉVELOPPÉE SOUS L'INFLUENCE DE L'ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE.

Observation communiquée par M. le docteur DIEUDONNÉ (de Bruxelles).

OBS. — Il y a environ deux ans, je fus mandé chez une dame qui souffrait depuis plusieurs jours d'une névralgie sus-orbitaire et temporale. Les douleurs se manifestant assez régulièrement entre huit et neuf heures du matin, je lui prescrivis 10 grains de sulfate de quinine à prendre en trois doses, le lendemain, plusieurs heures avant le retour présumé de la névralgie. Celle-ci se fit peu ou point sentir ; mais les yeux devinrent malades et s'injectèrent fortement.

La malade, attribuant cette nouvelle affection à un froid qu'elle pouvait avoir pris, se contenta de se bassiner les yeux avec une légère infusion de thé vert. A quatre heures après-midi, elle ne souffrait plus des yeux.

Quand je la revis le lendemain, elle avait pris encore la même dose de sulfate de quinine, et, peu de temps après, son mal d'yeux était revenu ; elle accusa alors elle-même le sulfate de quinine d'être la cause de ce mal. Les conjonctives oculaires étaient d'un rouge-carmin et offraient ce réseau de vaisseaux capillaires caractéristique de la conjonctivite ; la malade se plaignait d'une sensation de chaleur, de sécheresse et de sable entre les paupières ; la douleur était du reste peu intense.

Le troisième jour, la malade ne prit pas le sel de quinine, et la conjonctivite ne reparut pas.

Le quatrième jour. Sulfate de quinine. Réapparition de la conjonctivite.

Le cinquième jour. Pas de sulfate de quinine. Pas de conjonctivite.

Le sixième jour. Sulfate de quinine. Conjonctivite.

Dès ce jour, tous les symptômes de névralgie ayant disparu, je cessai la médication, et la malade n'éprouva plus rien du côté des yeux.

J'ajouterai, enfin, que la conjonctivite disparaissait chaque fois, sans aucun traitement, tantôt plus tôt, tantôt plus tard, mais assez régulièrement vers quatre ou cinq heures de l'après-dînée.

QUELQUES TRAVAUX OPHTHALMOLOGIQUES ALLEMANDS, TRADUITS OU ANALYSÉS

par le docteur F. BINARD,
Médecin de régiment au 1er cuirassiers, à Malines.

(Nouvelle série. — Suite.)

VI. *Coup-d'œil sur les maladies oculaires traitées à la polyclinique de l'Université de Berne, pendant les années* 1839-1845; par le professeur Rau (*).

Pendant une période comprenant sept années (de 1839 à 1845), le nombre total des malades traités pour affections oculaires à la polyclinique de Berne a été de 1,390, parmi lesquels 1,045 sont sortis guéris, 46 dans un état d'amélioration, et 32 sans résultat favorable; 267 ne se sont pas représentés jusqu'à la fin du traitement. Comme on le voit par ces chiffres, on peut considérer le résultat qui a été obtenu comme très-avantageux. Les maladies inflammatoires ont présenté le chiffre le plus élevé, 1,112 sur 1,390: c'est aussi dans ces maladies que le traitement a fourni le plus de succès. En effet, sur les 1,112 cas d'inflammations oculaires, 915 (82 p. °/o) ont été guéris. Parmi les névroses, au nombre de 68, la guérison n'a eu lieu que dans 34 cas, et parmi les 210 affections organiques, seulement dans 96 cas (45 p. °/o).

Il faut toutefois remarquer que le nombre proportionnellement élevé des malades qui ne se sont pas représentés jusqu'à la fin de la cure, appartient surtout à la catégorie des affections organiques, et que parmi ces malades, comme M. Rau le fait très-bien observer, il en est plusieurs qu'on peut considérer comme guéris.

(*) V. Pommer's *schweizerische Zeitschrift*, 1846, Bd. II, St. 3. — Schmidt's *Jahrbücher*, 1848, n° 7.

I.— *Inflammations des yeux*. — Le nombre proportionnellement considérable d'inflammations (80 p. °/₀ sur la totalité des maladies prises en traitement), de même que l'extrême fréquence des ophthalmies catarrhales, érysipélateuses et rhumatismales (46 p. °/₀ de toutes les maladies inflammatoires), indiquent qu'il existe à Berne une influence spéciale, dépendant de certaines conditions climatériques défavorables, parmi lesquelles M. Rau cite surtout les changements brusques de température et le vent du nord, très-froid, qui y domine. Ce qui est remarquable, c'est la grande rareté des maladies de la muqueuse des voies lacrymales; de sorte que les affections qui leur sont consécutives ne s'y sont montrées que de loin en loin, ou même pas du tout, comme cela a été le cas pour la fistule lacrymale.

A propos des *formes spéciales de l'inflammation*, l'auteur fait la remarque que l'inflammation catarrhale de la conjonctive, quand elle est due à une cause tout à fait locale, peut être arrêtée dans son développement par l'application d'un vésicatoire derrière l'oreille; mais quand cette ophthalmie existe déjà depuis quelque temps, le vésicatoire reste sans aucun effet : l'auteur a toujours observé aussi que les émissions sanguines ne sont alors d'aucune utilité.

Suivant en cela la pratique le plus généralement adoptée, M. Rau a recours aux sudorifiques non-stimulants, lorsqu'il existe en même temps un catarrhe fébrile des voies respiratoires; quand il y a constipation, il emploie les sels neutres comme légers purgatifs, et il se borne pour tout moyen local à faire essuyer les yeux avec des linges secs, aussi longtemps que dure la période pendant laquelle la sécrétion n'a pas encore subi d'augmentation. Quand cela a eu lieu, il faut respecter cette sécrétion muqueuse comme une conséquence nécessaire de la marche rétrograde du processus morbide, et il ne faut par conséquent pas la supprimer.

La préférence à accorder à certains moyens locaux dépend particulièrement du caractère de l'affection locale.

Dans la forme avec éréthisme, si le spasme palpébral montre de l'exacerbation vers le soir, les astringents purs sont nuisibles, parce que la sécrétion n'est pas due à un état de relâchement, mais à la persistance de l'irritation, et on ne peut la modérer qu'en diminuant cette irritation. Dans ces cas, de simples lotions avec un liquide inerte, tiède, sont ce qu'il y a de plus avantageux : on y joint un collyre avec le lactucarium, l'eau de laurier-cerise, ou l'extrait

d'opium dans un mucilage; mais quand l'irritation est moindre, l'acétate de zinc avec l'eau de laurier-cerise est le collyre le plus avantageux. Les astringents plus puissants, tels que le sulfate de zinc avec la teinture d'opium aromatique, l'acétate de cuivre, le sulfate de cuivre, l'aluminate de cuivre avec l'esprit-de-vin camphré, doivent être réservés pour les cas où il y a peu de sensibilité, où il existe un développement vasculaire prononcé de la muqueuse conjonctivale qui est boursouflée et le siége d'une sécrétion fort abondante.

Si la blennorrhée est imminente, ou si elle s'est déjà développée, le nitrate d'argent, à la dose de 1 à 2 gr. par ℥ß d'eau, est le moyen que l'auteur a trouvé le plus efficace; et comme il est promptement décomposé par l'abondante sécrétion de larmes qui suit son application, il le considère comme bien moins excitant que le sublimé corrosif dont il n'a fait usage que chez les scrofuleux.

Les pommades avec les préparations de zinc ne produisent pas de bons effets; il en est autrement des pommades avec le précipité rouge et avec le chlorure de mercure ammoniacal dans les cas d'inflammation chronique avec boursouflement de la conjonctive: ces mêmes pommades avec le précipité blanc sont très-avantageuses dans les blennorrhées palpébrales chroniques.

Dans l'inflammation catarrhale aiguë, l'acétate de zinc à la dose de 1/2 gr. à 1 gr. par ℥ß d'eau sans mucilage est de la plus grande efficacité: l'auteur n'a vu que de fâcheux résultats de l'arrachement des cils.

Ophthalmies rhumatismales. — Après une courte exposition des phénomènes qu'elles présentent, l'auteur, arrivant au traitement, fait remarquer que dans tous les cas aigus, l'affection disparaît presque toujours par l'usage du tartre émétique (*gr. j pro die*) auquel on associe l'extrait d'opium, en ayant recours en même temps aux bains de pieds irritants et à l'application d'un vésicatoire; on prescrit, en outre, un traitement diaphorétique et antiphlogistique, et on couvre légèrement les yeux; mais dans les cas où l'iris est affecté, et quand il y a tendance à l'exsudation entre le bord pupillaire, ou si même elle existe déjà et que la quantité de l'humeur aqueuse ait beaucoup augmenté, l'auteur prescrit le calomel seul ou associé à la poudre de belladone, jusqu'au point de produire un commencement de salivation; il ordonne aussi des frictions avec l'onguent mercuriel et l'extrait de belladone. Lorsqu'il existe une affection chronique de l'iris, de l'uvée ou de la membrane de l'hu-

meur aqueuse, il donne le calomel associé au soufre doré d'antimoine et à la racine de belladone, jusqu'à salivation commençante, et ensuite il a recours au sublimé corrosif et à l'iodure de potassium. Quand on se borne à l'usage exclusif de l'iodure de potassium, l'affection traîne en longueur; le vin de colchique avec l'extrait d'aconit chez les individus mous, et avec l'extrait d'opium chez les individus irritables, est aussi avantageux dans l'inflammation chronique. Les douleurs supra-orbitaires cèdent le plus sûrement aux frictions faites à la région temporale avec une pommade composée d'acétate de morphine, 3 à 4 gr., et d'huile d'amandes douces, ʒij. L'auteur n'a d'ailleurs jamais rencontré de cas où l'affection oculaire seule réclamât des émissions sanguines, qui, lorsqu'elles sont indiquées pour d'autres motifs, doivent, selon lui, plutôt consister en saignées générales qu'en applications de sangsues autour des yeux. Il a trouvé que l'huile de térébenthine était utile avec les autres moyens connus pour obtenir la disparition des exsudations qui ont lieu dans la pupille.

Ophthalmies scrofuleuses. — *a)* L'auteur n'a observé que bien rarement la *photophobie scrofuleuse, syndesmitis scrofulosa erethica,* sans une affection concomitante de la cornée. La photophobie est ici, pour lui, une affection purement névralgique, ne dépendant ni de l'inflammation de la rétine, ni du tiraillement du ligament ciliaire, non plus que de l'érosion de la cornée; il fonde son opinion à ce sujet sur ce qu'on la rencontre chez les enfants irritables, sur la périodicité avec rémission qu'elle présente régulièrement et qui est presque une véritable intermittence, et enfin sur l'insuccès du traitement purement antiphlogistique. D'après l'observation de M. Rau, cette inflammation est rarement primitive; il existe toujours un exanthème antécédent ou concomitant : elle est souvent la suite des fièvres éruptives; mais elle ne doit cependant pas être considérée comme une métastase (1). Dans le traitement de cette ophthalmie, il n'a jamais trouvé qu'il fût nécessaire d'avoir recours aux émissions sanguines; il s'est borné aux révulsifs cutanés et intestinaux qui ont toujours suffi. Les moyens les plus avantageux ont été le calomel et la poudre de jalap ou de rhubarbe, les frictions avec la pommade stibiée; le vésicatoire lui a moins bien servi. La pommade de Turnbull avec l'ipécacuanha, ou celle de Kopp avec la

(1) Voir ce que j'ai écrit à ce sujet dans mon *Rapport à M.* Liebig, pp. 31, 32 et 33 (*Annales d'Oculistique*, vol. XV, pp. 223, 224, 225).

Florent Cunier.

digitale et le précipité blanc, lui ont paru avoir très-peu d'efficacité. Les bains chauds enfin, qui sont parfois si puissants, ne peuvent que bien rarement être employés, à cause des difficultés que rencontre leur préparation chez des particuliers. L'auteur n'a jamais eu recours aux lotions locales froides, mais il prescrit une solution de sublimé corrosif, étendue dans un véhicule tiède, pour fomentations, dans les cas d'éruptions impétigineuses avec une grande tuméfaction des paupières : c'est au borax, employé de la même manière, qu'il donne la préférence quand il existe une contraction spasmodique intense des paupières. Dans les cas où la sensibilité est très-vive, il la combat par l'extrait de ciguë ou de belladone, le dernier à très-petites doses ; dissous dans de l'eau de laurier-cerise ou le vin stibié; ce qui produit ordinairement les résultats les plus avantageux. Il a soin d'ailleurs de ne point négliger l'état général de la constitution ; il ajoute que, dans quelques cas, la poudre recommandée par Pittschaft (*cinab. fact.*, gr. j ; *herb. belladon.*, *cicut.*, *iodii,* ana gr. 1/20, 2 fois par jour) lui a très-bien réussi. Sans cinabre, et en remplaçant l'iode par l'iodure de potassium, cette poudre est encore très-efficace. Comme succédané de l'iodure de potassium, il recommande le chlorure de barium en solution dans l'eau de laurier-cerise, à la dose de 2 à 4 gr. trois ou quatre fois par jour. L'huile de foie de morue ne lui a été utile que comme moyen adjuvant pour hâter la terminaison de la cure. Quand il constate une certaine périodicité, et chez les enfants affaiblis et épuisés, il administre avec le plus grand avantage le sulfate de quinine et le sous-carbonate de fer.

b) Dans la *conjonctivite scrofuleuse torpide* dérivant de la conjonctivite catarrhale, l'auteur a souvent trouvé, même dans les cas récents, que le collyre avec le sublimé corrosif et l'extrait d'opium est suffisant en y ajoutant l'application d'un vésicatoire ; les sels de zinc et de cuivre, au contraire, ne sont pas bien supportés, et quand il existe un fort boursouflement de la conjonctive avec développement vasculaire de la cornée, la solution de nitrate d'argent produit de bons résultats. Les pommades, et surtout celles avec le précipité rouge ou le précipité blanc, et ʒß à ʒj de teinture d'opium par ʒj d'axonge, ne sont employées que dans la forme blennorrhoïque chronique. A l'intérieur, au lieu des narcotiques, les moyens altérants (l'iode, le barium) sont d'abord employés ; on administre plus tard les toniques et principalement la teinture martiale ; les feuilles de noyer n'ont jamais produit de résultats

satisfaisants. S'il survient une recrudescence momentanée accompagnée d'une grande photophobie, on suspend les moyens locaux et on retire le plus grand avantage des drastiques et des irritants externes puissants. Dans l'inflammation scrofuleuse chez les adultes, l'auteur obtient surtout de bons résultats de l'usage prolongé du sublimé corrosif et de celui de l'iode, associés à l'iodure de potassium.

c) *Kératite scrofuleuse.* — Dans la forme avec vascularisation de la cornée, quand le feuillet conjonctival est principalement affecté et que le parenchyme cornéal ne l'est que consécutivement, dès qu'apparaît le caractère d'éréthisme, et seulement après la diminution de la sensibilité, on a recours aux fomentations avec la solution de sublimé corrosif et la teinture d'opium dilué qu'on instille par gouttes. Le nitrate d'argent est surtout efficace dans les cas où se rencontre une forte végétation vasculaire, et dans l'affection chronique, lorsque la végétation vasculaire et l'opacité ne disparaissent pas à la suite de l'emploi d'une pommade avec le chlorure de mercure ammoniacal (2 à 4 gr. par ℥j d'axonge) avec laquelle on fait des frictions sur la paupière supérieure. Si au contraire le développement vasculaire a précédé l'opacité (*forme lymphatique*), on employe avec utilité les collyres avec le sublimé et la teinture d'opium, et plus tard la pommade avec le nitrate d'argent et l'iodure de potassium. Les ulcérations sont traitées au moyen d'une forte solution de nitrate d'argent avec la teinture d'opium ; dans les cas où il y a imminence de perforation, on les touche avec le nitrate en crayon. Dans un cas, l'auteur a pu observer, après un usage prolongé de la pommade de nitrate d'argent, que la conjonctive avait acquis une couleur noirâtre, que la pommade avec l'iodure de potassium n'a que peu modifiée.

d) *Inflammation scrofuleuse des glandes de Méibomius ou des bulbes ciliaires.* — On obtient les résultats les plus avantageux des pommades de précipité rouge ou de précipité blanc : celle d'iodure de potassium est surtout utile quand il existe une induration du bord palpébral; elle favorise aussi la croissance des cils.

Enfin l'auteur mentionne un cas de *blépharite membraneuse* chez un enfant dont l'œil droit était atteint d'une légère conjonctivite catarrhale, tandis que, à l'œil gauche, en écartant les paupières, on voyait le globe, qui d'ailleurs avait conservé la liberté de ses mouvements, recouvert d'une membrane jaunâtre, transparente, qui était unie intimement avec les paupières près du bord libre, à tel

point qu'une sonde fine en argent, dont on s'était servi pour l'en détacher, fut fortement courbée. On eut beaucoup de peine à enlever cette membrane de l'angle interne jusqu'à l'externe par l'introduction répétée de la sonde : quelque temps après, l'œil ayant été ouvert de nouveau, on trouva ces parties réunies si intimement, qu'il fut aussi difficile de les séparer que la première fois. Des fomentations avec une solution de sulfate de zinc firent disparaître complétement cette production au bout de deux jours ; de sorte qu'il ne resta plus qu'une légère irritation de la conjonctive.

II. *Maladies nerveuses.* — III. *Maladies organiques.* — Voici en abrégé les remarques de l'auteur sur ces dernières affections. Dans le pannus, il n'a jamais obtenu de guérison complète sans l'emploi des moyens locaux : cependant l'usage prolongé des laxatifs a un avantage incontestable. Comme médication topique, la poudre de calomel en insufflations une fois par jour, en alternant avec l'usage de la teinture d'opium aromatique : il n'a jamais dû recourir aux scarifications ni à l'excision des vaisseaux ; les pommades, et surtout celles avec l'iodure de potassium ou la pierre infernale, malgré leur action soi-disant relâchante, ont souvent été mises en usage avec succès. La guérison radicale du ptérygion (4 cas) a été obtenue par l'opération : deux fois M. Rau est parvenu à diminuer le staphylôme de la cornée par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Un cas d'hypopion a été traité heureusement sans opération : la collection purulente s'était formée à la suite d'une inflammation traumatique de l'iris ; la cornée était très-proéminente et déjà en partie ramollie et opaque : malgré cinq ponctions de la cornée, il ne resta, après la guérison, qu'une légère tache de cette membrane.

Parmi trois opérations de cataracte, l'une (par réclinaison) fut pratiquée avec un plein succès chez un vieillard de 70 ans, qui portait cette affection depuis trente ans. Une cataracte traumatique et complétement formée disparut entièrement par l'absorption spontanée. On obtint aussi la rétrocession d'une *cataracte capsulaire* par l'usage du sublimé corrosif et du senega : cette cataracte s'était formée chez une vieille femme, à la suite d'une inflammation de nature rhumatismale de la capsule du cristallin. De petites opacités isolées sous forme de points, situées sur la capsule antérieure et à peine visibles à l'œil armé de la loupe, résistèrent à tous les traitements mis en usage.

Dans quatre cas (une fois chez la mère et chez la fille) de cata-

racte capsulaire centrale, les adhérences qui avaient existé antérieurement entre la capsule et la cornée étaient indiquées par de petits points opaques sur la partie centrale ; dans tous les cas, les yeux, sans que la vision en fût notablement gênée, étaient affectés d'un tremblement particulier.

Dans quatre des onze cas de *synizesis*, la vision fut rétablie par l'opération : dans un cas, chez un homme qui avait perdu la vue d'un œil depuis quelques années, le tissu plastique se déchira après l'instillation d'une solution d'extrait de belladone ; ce qui rendit à la pupille assez d'ouverture pour que la vision se rétablit presque complétement.

Carie du rebord de l'orbite. — Dans deux cas, M. Rau a obtenu une guérison complète : l'un de ces cas offre de l'intérêt à cause du volume considérable de la tumeur qui recouvrait totalement l'œil. Dès que cette tumeur fut ouverte, il s'en écoula une grande quantité de pus de mauvaise nature, et après la guérison de la carie (au moyen d'injections d'une solution de sulfate de cuivre), l'œil dont il avait été impossible de bien apprécier l'état à cause du volume de la tumeur, se montra complétement sain.

Parmi les lésions traumatiques figure un cas dans lequel un œil ayant été blessé par un coup de pipe, il survint une hémorrhagie instantanée ; six mois plus tard, un sentiment douloureux de pression se fit sentir dans la partie. En examinant l'œil, on trouva sous la paupière inférieure l'extrémité inférieure, longue d'environ un demi-pouce, de la pompe en corne qui, enfoncée sous les plis de la conjonctive scléroticale, ne put être enlevée qu'après l'incision des premiers : l'excision d'un lambeau de la conjonctive fit disparaître en peu de jours toute trace d'irritation.

Une pièce de monnaie qui vint frapper l'œil y détermina une légère sugillation sur le bord de la cornée et amena en même temps la séparation des trois quarts de l'iris de ses attaches au ligament ciliaire : la vision, par suite de l'opacité du cristallin, fut bientôt abolie, bien que la réaction qui en fut la suite n'eût pas une grande intensité.

Le décollement complet de l'iris de son attache au ligament ciliaire eut lieu chez un individu dont l'œil, dans une rixe, avait été blessé par les doigts dont les ongles l'avaient froissé. Quelques filaments de l'iris, dont on ne pouvait plus découvrir de trace dans l'œil, pendaient hors d'une plaie considérable située au bord inférieur de la cornée : une inflammation fort modérée y apparut, et dès

qu'elle fut apaisée, le blessé put très-bien, au moyen d'une carte percée d'un trou, distinguer les objets peu volumineux.

DES DIVERSES ESPÈCES DE CATARACTE;

par M. MALGAIGNE.

Nos lecteurs connaissent la lettre adressée par M. Malgaigne à l'Académie des sciences, en 1841 (voir *Ann. d'Oc.*, vol. VI, p. 62) : *jamais*, disait-il, *il n'avait rencontré la capsule opaque; jamais il n'avait vu débuter la cataracte par le noyau du cristallin.* Nous avons cru qu'une semblable hérésie ophthalmologique, professée par un homme comme M. Malgaigne, dont le nom forme autorité en matière de science, méritait une réfutation complète et éclatante; nous avons mis au concours la question suivante :

Déterminer, par des recherches d'anatomie pathologique, la nature et le siége de la cataracte. — S'attacher surtout à l'examen critique de l'opinion récemment émise par M. MALGAIGNE.

Quatre mémoires nous furent adressés en réponse à cette question. L'un d'entre eux ne put prendre part au concours, l'auteur s'étant fait connaître.

Le jury trouva que deux mémoires avaient résolu la question d'une manière également satisfaisante; le prix fut ainsi partagé entre MM. Stricker (de Francfort-sur-Mein) et Hoering (de Heilbronn, Wurtemberg). Une mention honorable fut accordée au mémoire du quatrième concurrent : M. le docteur Hégésippe Duval (d'Argentan, France).

Deux mois après que les *Annales d'Oculistique* eurent achevé la publication du travail de M. Hoering (voir *Annales d'Oculistique*, vol. VIII, pages 13, 69, 109, 187 et 257), M. Malgaigne annonça dans son *Journal de Chirurgie* (mars 1843, page 128), qu'il attendait l'apparition du mémoire de M. Stricker pour rendre compte des recherches provoquées par les *Annales d'Oculistique*.

Le mémoire de M. Stricker a été mis en vente en mars 1845; M. le docteur Fallot en a rendu compte dans notre livraison de juin 1845 (vol. XIII, page 282).

Nous trouvons, aujourd'hui seulement, dans la *Gazette des Hôpitaux* (5 décembre 1848), la réfutation annoncée par M. Malgaigne. Nous nous empressons de la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Nous attendions une réfutation sérieuse des faits produits par MM. Hoering, Sichel, d'Ammon, Stricker, Düsing, etc., etc.; mais le chirurgien de Saint-Louis a préféré tourner dans le cercle qu'il a tracé d'abord, et au lieu de reconnaître l'erreur qu'il a commise, il semble au contraire y persister plus que jamais. Nous tenions à honneur que le combat que nous avons soulevé servît à le convertir; nous en aurons été pour nos frais.

Le Rédacteur des ANNALES D'OCULISTIQUE.

Il semble, à la première vue, que la cataracte soit une affection assez étudiée, assez connue, pour qu'il n'y ait plus grand'chose à

en dire. En creusant un peu le sujet, on s'aperçoit que les auteurs ont fait pour elle ce que faisaient pour toutes les maladies les médecins et chirurgiens du dernier siècle. Ils raisonnaient sur les maladies, et n'observaient pas avec assez de soin les faits particuliers. Un membre célèbre de l'Académie royale de chirurgie disait : « Il faut tenir compte des faits quand ils concordent avec les principes.» Les autres, on les mettait de côté. Ce n'est pas de cette façon qu'il faut procéder, vous le savez, et que nous procédons en effet. Permettez-moi de vous rappeler le commencement de mes études sur le sujet dont je veux vous entretenir aujourd'hui.

Lorsque j'étais chirurgien à Bicêtre, un vieillard mourut dans mon service, qui portait une cataracte. Sur cette altération, je ne savais presque rien; je connaissais ce qu'avaient écrit Boyer, Astley Cooper (1) et les ophthalmologistes allemands, et, d'après cela, je m'étais fait une théorie. Je fis attentivement l'autopsie de l'œil, et je trouvai tout autre chose que ce que je m'attendais à rencontrer. J'avais annoncé à mes élèves que nous trouverions une cataracte capsulo-lenticulaire, et je trouvai une capsule d'une transparence parfaite. L'opacité ne siégeait pas non plus dans l'épaisseur du cristallin, mais à sa surface, où nous pûmes constater l'existence de stries molles, blanchâtres. Le centre du cristallin était aussi parfaitement translucide. J'avais annoncé la cataracte classique. Vous jugez de mon désappointement. Je rangeai le fait dans les cas exceptionnels, et je me mis à en chercher d'autres. A la seconde, même déconvenue ; même résultat à l'autopsie : deuxième cas rare. Puis successivement, trois, quatre, cinq, six faits pareils s'offrirent à moi. J'avoue qu'au sixième je fus ébranlé.

Je me mis donc à chercher dans les auteurs les autopsies de cataracte. Je n'en trouvai pas. Boyer n'en a pas donné une seule. Dans le gros volume qu'il a publié sur la cataracte, M. Sichel n'en rapporte pas d'avantage. Je trouvai dix, quinze variétés de cataracte indiquées, pas une autopsie. Est-ce que par hasard, me demandai-je surpris, il n'y aurait pas d'autopsies des cataracte dans la science? Je voulus remonter plus haut. Rien ! Le mot cataracte est la traduction libre de l'idée que l'on se faisait autrefois du genre de lésion que l'on croyait exister. On pensait que c'était une eau,

(1) Astley Cooper a-t-il écrit sur la cataracte? Nous ne connaissons, pour notre part, que les recherches de Samuel Cooper (*Critical Reflexions on some important practical points relative to the Cataract*, Londres 1805, et *Dictionnaire de Chirurgie*). *Le Réd. des Annales d'Oculistique.*

un liquide qui tombait au-devant de la rétine, puis qui probablement s'organisait et formait une pellicule. A cette époque, ce n'étaient pas des savants, des chirurgiens, mais des charlatans de village qui abaissaient les cataractes ; ils prétendaient, ces industriels, qu'il existait une membrane opaque. Lorsque les chirurgiens voulurent faire leurs livres, eux qui n'avaient rien vu, ils prirent de confiance la membrane qu'on leur annonçait, et elle passa à l'état de chose jugée. Cependant, un jour, Brisseau voulut examiner de près, chez un sujet mort, une cataracte qu'il avait opérée ; il ne trouva pas de membrane, mais un corps opaque qu'il annonça être un glaucôme. Il recommença d'autres autopsies, et reconnut que ce prétendu glaucôme n'était autre chose que la cataracte elle-même. Ceci ruinait complétement les théories des ophthalmologistes.

Les opérateurs ambulants avaient été convaincus d'erreur. Un d'eux, au commencement du dix-huitième siècle, Woolhouse, de Londres, reprit cette idée qu'il y avait plusieurs espèces de cataractes. Il fit des autopsies et soutint avec Heister une polémique acharnée. Heister, pour le dire en passant, a donné une rare idée de la mauvaise foi que l'on peut déployer pour prouver une opinion fausse. Il donne les détails d'un fait dans lequel on trouva, dit-il, la membrane nouvelle placée sans aucune adhérence entre l'iris et le cristallin. Tout le reste de l'œil était sain. Ce fait est le pendant d'un autre aussi fameux : de la dent d'or. Il est fabriqué de toutes pièces. Il existe cependant d'autres autopsies où l'on a décrit des membranes cristallines véritablement opaques. On a pris pour telles des morceaux opaques taillés à la surface du cristallin ; mais tout le dix-huitième siècle a pris cela pour article de foi. Il en est de la capsule cristalline comme de l'arachnoïde : beaucoup d'anatomistes prétendent que cette dernière ne devient jamais opaque. L'opacité dépend un peu de la manière dont on opère le lavage. Prenez une capsule chez tel cataracté que vous voudrez, lavez-la avec précaution, vous la trouverez toujours aussi transparente que Dieu l'a faite.

Je continuai donc à faire des autopsies. Lorsque j'en eus vingt-cinq par devers moi, plus qu'il n'y en avait nulle part dans la science, je m'aperçus que dans pas une d'elles il n'y avait d'opacité de la membrane cristalline, et je l'écrivis aux Académies. Je continuai mes observations. Lorsque j'eus 60 faits par moi recueillis, comme je n'avais dans aucun d'eux rencontré de cataracte capsulaire pure, je m'arrêtai. Je ne croyais plus aux cataractes capsulaires telles

qu'elles étaient décrites par les auteurs. Lorsqu'il y avait opacité de la capsule, elle était tout autre qu'on ne la décrivait.

Pas n'est besoin de vous dire quel orage souleva ma communication. Sanson, entre autres, était un des plus fermes soutiens de la cataracte capsulo-lenticulaire classique. Un de ses élèves m'apporta un jour une série d'observations recueillies dans son service, et toutes relatives à des cataractes capsulo-lenticulaires. Il n'y avait qu'un petit reproche à leur faire : c'est qu'on ne les avait diagnostiquées telles qu'avec les yeux de la foi. Sanson, homme de mérite du reste, était fort obstiné ; il n'observait pas avec beaucoup d'attention, et jugeait un peu les faits comme ces membres de l'Académie de chirurgie dont je vous ai parlé plus haut. La sensation produite par mes travaux fut telle qu'un journal belge, les *Annales d'Oculistique*, de Florent Cunier, mit au concours la question suivante, assez singulièrement posée :

Démontrer par des expériences et des observations la fausseté des observations de M. Malgaigne sur le siége de la cataracte (1).

Deux ou trois mémoires allemands (2) arrivèrent avec un grand nombre d'observations. La conclusion en fut qu'il y avait en effet quelques cas de cataracte capsulo-lenticulaire. Moi-même, j'en avais admis deux ou trois exemples. Le résultat définitif fut qu'en réalité ces sortes de cataractes sont excessivement rares, telles du moins qu'elles étaient décrites par les auteurs.

M. Sichel a fait pour sa part plus de cent autopsies de cataractes. Je lui témoignai ma surprise de n'en pas trouver une seule dans son livre. Comme M. Sichel est un homme de bonne foi, il m'avoua que, pressé par les circonstances, il n'avait pu faire lui-même l'article *Cataracte* de son livre. Il l'avait fait faire par Canstatt, et l'avait adopté en y mettant son nom (3). Il me proposa de voir ensemble plu-

(1) Nous reconnaissons volontiers que, conçue en ces termes, la question eût été *assez singulièrement posée ;* mais pour se donner le plaisir de nous tourner en ridicule, M. Malgaigne s'amuse à falsifier *assez singulièrement* sa citation ; voici en effet comment nous avons formulé la question :

Déterminer, par des recherches d'anatomie pathologique, la nature et le siége de la cataracte. S'attacher surtout à l'examen critique de l'opinion récemment émise par M. Malgaigne. Florent Cunier.

(2) Un seul mémoire écrit en allemand a été admis à notre concours. Les deux autres étaient écrits en langue française. F. C.

(3) Voir plus loin, p. 242, la lettre que M. Sichel a adressée à M. Malgaigne au sujet de ces assertions. F. C.

sieurs pièces qu'il avait conservées dans l'alcool ; nous trouvâmes qu'il existe en effet une cataracte dans laquelle la capsule antérieure est opaque. Sur plusieurs des yeux conservés par M. Sichel, il en était ainsi. Mais quelle est la cause de cette opacité? Lorsque l'œil a été enflammé, que l'iris a participé au travail phlegmasique, il se fait des adhérences, des dépôts de couches compactes à la surface de la capsule, qui devient opaque. Mais est-ce là une véritable cataracte ? Non pas. Dans un œil intérieurement couturé de cicatrices, il y a évidemment autre chose qu'une cataracte. Dans les faits de M. Sichel, nous trouvons donc en substance des traces de l'inflammation de l'iris et de l'uvée.

Il est une variété que les auteurs allemands ont appelée cataracte *pyramidale*. Passez-moi ce mauvais jeu de mots : c'est en effet quelque chose de *pyramidal* que cette variété. Sur la surface antérieure de la capsule, on voit comme une petite crête de coq qui simule en effet une petite pyramide. Je le demande à tous les praticiens : si vous rencontrez sur le vivant une petite crête pénétrant jusque dans la chambre antérieure, vous viendra-t-il à l'idée de penser que ce soit une cataracte ?

Autre chose encore. Il y a une dixaine d'années, une femme vint à la Maison de santé, portant une cataracte au devant de laquelle existait un petit point d'un blanc de craie ; j'abaissai le cristallin. La tache crayeuse persista. La femme guérit parfaitement, mais le point blanc ne disparut pas. Je me demandai si ce ne serait pas un petit dépôt de crétacé existant à la surface de la capsule. Il résulte de travaux faits par des savants allemands qu'en effet, dans certaines cataractes dites capsulaires, il se forme un petit dépôt de phosphate calcaire. Ce doit être fort rare, car je ne l'ai jamais rencontré qu'une fois, et sur le vivant. Jamais je n'en ai trouvé dans les autopsies.

Nous ne sommes pas au bout des objections. On m'a dit : Vos autopsies ne portent que sur des cataractes de vieillards ; or, ces cataractes présentent des phénomènes particuliers ; mais celles des enfants et des jeunes gens ne se comportent pas de même. A cela je répondis : Les cataractes des enfants sont fort rares, et je demandai à mes interlocuteurs : Combien en avez-vous vu? Ce qui les embarrassait fort ; on me répondait souvent : Je ne les ai pas comptées. Défiez-vous de cette réponse. Défiez-vous encore plus d'une autre réponse de même genre que vous feront, en pareille circonstance, des gens plus adroits. Je vais donc en donner un exemple.

Dans le temps où j'étudiais certaines luxations de la rotule, et où j'en cherchais des exemples, j'en parlai à Lisfranc. Lisfranc me dit : C'est rare, mais j'en ai cependant vu. — Combien ? — Oh ! j'en ai bien vu *une douzaine*. Eh bien ! c'est plus qu'il n'y en a dans toute la science. Boyer n'en a vu qu'une ; Dupuytren deux. Mais, comme correctif. Lisfranc ajoute : C'est très-rare à Paris et dans les grandes villes ; mais c'est assez fréquent dans les campagnes. C'était un échappatoire assez commode ; mais ce n'était pas vrai.

Pour ma part, je crois bien avoir vu une cataracte chez un enfant, peut-être deux ; mais je n'oserais en affirmer qu'une, de peur de me tromper. Mes adversaires, trompés par le nom de l'hospice de Bicêtre, *Hospice de la Vieillesse*, ont cru qu'il n'y avait là que des vieillards en effet. Mais on entre à Bicêtre quand on a soixante et dix-neuf ans d'âge, ou quand on a un cancer incurable, ou lorsque l'on est aveugle. Or, par des protections spéciales, les administrateurs font entrer à Bicêtre des gens au-dessous de soixante et dix-neuf ans, qui passent pour aveugles et qui n'ont que des cataractes. Mais en règle générale, les cataractes sont rares parmi les jeunes gens, et surtout parmi les enfants. Avant l'âge de quarante ans, elles sont très-peu communes.

Des statistiques dignes de foi l'ont prouvé péremptoirement. L'objection de nos adversaires n'avait donc que bien peu de valeur. Nous vous le répétons, toutes les fois que l'on vous amènera des sujets présentant des cataractes capsulo-lenticulaires, s'il y a dans l'œil des taches d'un blanc de lait, soyez sur vos gardes, restez dans le doute. Si la cataracte se combine avec des adhérences de l'iris, ce sera la formation de l'iris, et ce que vous aurez à faire ce sera une pupille artificielle. J'admets très-volontiers la végétation dont je vous ai parlé; mais ne l'appelez pas cataracte pyramidale.

Comment donc admettre, après cela, que la cataracte siége entre le cristallin et la capsule ? Sur mes soixante cas d'autopsie, je n'ai jamais vu qu'une seule fois ce que l'on appelle le liquide de Morgagni malade. Je commence par vous dire que je ne suis pas de ceux qui n'admettent pas l'existence du liquide de Morgagni. Dans le fait que j'ai observé, c'était évidemment un liquide anormal qui s'était produit là. Notre honorable confrère et ami M. Sichel admet l'existence de ce liquide ; il a voulu me le montrer. Pour moi, toutes les fois qu'on le trouve, c'est qu'il y a hydropisie de l'œil. Je suis bien aise de vous dire cela en passant. Je ne suis pas du tout

certain que Morgagni l'ait découvert. J'ai quelque idée de l'avoir cherché dans son livre, et de n'avoir pu l'y rencontrer. Ce liquide dans l'œil est la preuve d'une hydropisie. Permettez-moi encore un exemple palpable pour faire comprendre mon idée.

Que diriez-vous d'un apprenti médecin ou anatomiste qui, faisant l'ouverture d'une cavité thoracique, et trouvant dans la plèvre un épanchement de liquide transparent, dirait : Voilà un liquide qui n'a encore été mentionné par personne, lui donnerait son nom, et peu de temps après, trouvant ce même liquide purulent, ajouterait : et voilà une maladie de mon liquide? C'est la même chose qui s'est probablement passée pour les maladies du liquide de Morgagni.

Le cristallin me paraît un organe de sécrétion ; il est formé de deux couches : une centrale et une externe. La couche externe est mollasse, une sorte de bouillie assez liquide pour pouvoir échapper à l'action de l'instrument, mais non assez pour pouvoir porter le nom de liquide. Dans un cas, j'ai trouvé du liquide, et la cataracte aurait pu être appelée *caséiforme*, en raison de ses signes physiques. J'ai suivi avec autant d'attention que possible la formation des cataractes, et sur soixante cas, je n'ai jamais pu trouver qu'il en fût autrement. Il m'a paru qu'elles se produisent de plusieurs façons.

Le cristallin se dessèche au centre, se nécrose, pour ainsi dire. A la première période, vous le trouvez sec ; il reste sur le tranchant de l'instrument comme une espèce de farine grosse. En le coupant, il donne la même sensation que si l'on coupait de la cire. Plus tard, le cristallin devient jaune, puis d'un sombre presque noir, comme est celui de l'ambre d'une pipe quand elle est un peu culottée. Dans le plus grand nombre des cas, le cristallin reste sain au centre, et c'est à la circonférence, à la périphérie, que se produit l'opacité. Elle se montre suivant certaines règles. Dans l'immense majorité des cas, l'opacité commence par la circonférence. Un arc blanchâtre se manifeste en haut, puis un petit arc pareil en bas, qui finissent par se rejoindre. Vous trouverez dans les livres des descriptions de variétés infinies de cataractes, arborescentes, en croix, etc. Tenez-vous en garde contre ces divisions ; elles sont illusoires. Appliquez sur un carreau de vitre couvert de givre un petit diaphragme en carton ou en papier : sur un point de la vitre, vous verrez des arborisations ; en un mot, des croix, des losanges, des zigzags, etc. Est-il venu à l'idée d'aucun naturaliste d'étudier ainsi les différentes sortes de givres, et d'après cela d'en établir des variétés ? L'histoire

du givre, c'est l'histoire des diverses formes et des aspects si variés des cataractes. Voilà vos cataractes à trois, à quatre, à cinq branches. Dans toutes, l'opacité a toujours commencé par la périphérie. Cependant, dans la cataracte à trois branches, que je n'ai vue que sur le vivant, je vous dirai que j'ai lieu de croire qu'elle est plus profonde.

Nous n'avons pas besoin de disséquer les cataractes, nous disent ceux qui ne partagent pas nos opinions; nous les voyons. Quand nous en abaissons une, et qu'il reste des accompagnements, des fragments blanchâtres, qu'est-ce que cela peut être, sinon une membrane flottante? En douter, c'est se refuser à l'évidence. Ce qu'il y a de malheureux là-dedans, c'est que ce n'est pas du tout l'évidence. Voici une expérience décisive que je vous engage à faire sur un œil sain. Prenez un œil que vous maintenez dans son orbite ou dans un ophthalmophantôme ; enlevez à la partie inférieure un segment de la sclérotique, puis introduisez votre aiguille dans l'œil, comme si vous faisiez l'opération; vous arrivez sur le cristallin, l'aiguille le coupe avec la plus grande facilité. Eh bien! si vous observez par l'ouverture inférieure ce qui s'est passé, vous distinguez des lambeaux de cristallin tellement faits que vous jureriez que ce sont des membranes flottantes. Que vaut donc l'argument que l'on nous oppose? Et soutiendra-t-on encore qu'il suffit de voir à travers les membranes de l'œil sans les disséquer?

Ces observations ont-elles un but pratique? Car il ne suffit pas de faire des recherches, encore faut-il qu'elles aient une utilité. Je répondrai à cela que d'abord, de cette façon, nous faisons du diagnostic, et que cela nous permet de mieux choisir notre procédé opératoire. Dans les cas où nous ne trouvons pas cette substance molle d'un blanc perlé, nous pouvons affirmer que nous n'avons affaire qu'au noyau du cristallin. Dans ces cas, il est très-facile d'abaisser la cataracte; on peut à coup sûr annoncer ce que l'on fera. Lorsqu'il reste des fragments membraneux après l'abaissement, nombre de chirurgiens vous diront : l'absorption s'en emparera et les fera disparaître. Ne vous fiez pas à cette prédiction. Le plus ordinairement, ces fragments persistent. Mon avis est que, dans ces cas, il faut diviser la capsule antérieure, afin de permettre à l'humeur aqueuse de venir délayer cette partie blanche trop solide.

La cataracte capsulaire ou périphérique ne serait donc simplement qu'une sécrétion viciée, comme l'opacité de l'arachnoïde n'est

que le résultat de la viciation de la sécrétion normale de cette membrane, qui reste transparente. Pourrait-on, en effet, la ramener à l'état normal si elle était opaque? Or, de mes recherches j'ai déduit cette conséquence que, par des traitements, que l'on découvrira sans nul doute ultérieurement, il sera possible de guérir la cataracte sans opération. Et d'ailleurs, on en a vu des exemples; un excellent observateur, M. Marjolin, m'a affirmé en avoir constaté lui-même plusieurs.

LETTRE A M. MALGAIGNE EN RÉFUTATION DE QUELQUES ASSERTIONS ÉMISES DANS L'ARTICLE QUI PRÉCÈDE;

par le docteur J. SICHEL.

Mon cher Malgaigne. — Dans votre article sur la cataracte, inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5, votre mémoire vous a mal servi en ce qui a trait à un entretien que nous avons eu il y a sept ans. Je ne vous ai point dit que mon *Traité de la Cataracte* n'était point de moi; mais bien qu'il avait été rédigé presque en entier par mon ami et collaborateur, le docteur Canstatt, en partie sur mes notes et matériaux, en partie sous ma dictée, et que dans la rapidité de la révision, j'avais laissé subsister quelques passages qui ne reproduisent pas mes opinions avec une rigoureuse exactitude.

Quant à mes dissections de cataractes, quelque nombreuses qu'elles fussent alors, il me manquait et le temps de les trier pour en tirer des conclusions et certains éléments nécessaires pour donner à ces conclusions toute la justesse possible. J'ai utilisé la plupart de ces dissections dans deux mémoires *sur la Cataracte déhiscante* et *sur la cataracte lenticulaire corticale*, insérés dans les *Annales d'Oculistique*, volume VIII, pages 127, 169, 242 et 281, et dans la *Gazette des Hôpitaux* année 1842, n° 148, et année 1843, n°s 4, 13 28 et 34. La conclusion finale du dernier de ces mémoires est que *les cataractes lenticulaires dures commencent au centre,* c'est-à-dire dans le noyau, *et que les cataractes lenticulaires molles débutent à la circonférence,* c'est-à-dire dans la substance corticale.

Relativement à la fréquence des cataractes chez les enfants, vous avez également oublié les chiffres approximatifs que je vous ai donnés. Je possède 17 observations de cataractes, en grande partie doubles, opérées par moi sur des enfants de 1 à 15 ans, et je pense que je trouverais au moins 10 à 12 autres observations sur des individus du même âge dans les tableaux que j'ai dressés pour la

statistique des opérations de cataracte, et dont vous avez vu un *specimen*. En général, je crois qu'on peut énoncer ainsi les rapports de fréquence de la cataracte aux différents âges :

Passé l'âge de 40 ans, cette maladie devient très-fréquente ;

De l'âge de 1 à 15 ans, elle l'est infiniment moins, sans toutefois être très-rare ; à cette époque, elle est presque toujours congénitale ;

Entre 15 et 35 ans, au contraire, elle devient infiniment rare.

Il va sans dire que je ne parle point ici de la cataracte traumatique, maladie accidentelle et à peu près d'une égale fréquence à toutes les époques de la vie humaine.

Pour ce qui est de la *cataracte capsulaire*, je discuterai vos opinions dans un travail spécial commencé depuis longtemps, mais que je n'ai pas encore eu le loisir de terminer.

Tout à vous,

SICHEL, D. M.

Paris, 6 décembre 1848.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux français.

Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

Note sur la tumeur lacrymale vénérienne ; par M. TAVIGNOT. — L'affection désignée dans ce travail consiste dans une hypérostose de l'une ou de l'autre portion osseuse en rapport avec le canal lacrymal et développée sous l'influence du vice syphilitique. Cette maladie affecte particulièrement la branche montante du maxillaire supérieur et s'accompagne souvent d'un commencement de nécrose ; d'où il résulte que les dents incisives supérieures du côté correspondant, lorsqu'on les ébranle, se déplacent, non pas dans leurs alvéoles où elles restent solidement fixées, mais avec l'os qui les supporte et qui est lui-même devenu mobile.

L'obstacle apporté au cours des larmes par la présence de cette exostose détermine facilement, on le conçoit, le développement de tumeurs et même de fistules lacrymales. Il est fort important de reconnaître l'origine du mal et de lui opposer un traitement antivénérien, car les tentatives que l'on pourrait faire pour rendre libre le passage des larmes n'aboutiraient qu'à donner une activité nouvelle à l'altération osseuse, point de départ de tous les désordres. Cette connaissance s'établira d'après l'examen de l'état

des os (lorsque, par des pressions, on aura vidé le sac lacrymal), par les lésions concomitantes et que l'on peut rapporter également à la syphilis constitutionnelle et enfin par le commémoratif dans les cas où il sera possible de suivre la filiation d'un chancre primitif à un accident secondaire et de ce dernier état à la lésion tertiaire dont il est ici question. E. H.

Gazette médicale de Paris.

Note sur les affections vénériennes de l'œil et sur une forme insidieuse de l'ophthalmie syphilitique; par Ch. Deval. — Les deux formes principales d'ophthalmie vénérienne sur lesquelles M. Deval appelle l'attentien des praticiens sont l'ophthalmie gonorrhoïque et l'iritis syphilitique.

La première de ces deux affections est généralement bien décrite; aussi l'auteur ne s'y arrête-t-il guère : nous nous bornerons à enregistrer ici son opinion relativement au mode de production de cette maladie.

« Toutes les conjonctivites gonorrhoïques que j'ai eu à traiter, dit-il, ont reconnu pour cause le transport direct du muco-pus urétral sur l'œil; il ne m'a jamais été possible de constater la métastase admise par Swediaur et plusieurs autres auteurs, sous l'influence d'un refroidissement ou de toute autre cause. »

Nous renverrons le lecteur à ce que nous avons dit à ce sujet dans le cahier d'octobre dernier p. 147 et suiv. de ces *Annales*.

L'iritis syphilitique tient la plus large place dans la note de M. Deval. Assez souvent, dit ce confrère, cette affection ne présente pour tous symptômes que ceux que l'on observe dans l'iritis produite par d'autres influences. Dans d'autres circonstances, le parenchyme iridien revêt, dans son petit cercle surtout, une teinte rouillée ou d'un rouge cuivré, ayant quelque chose d'analogue avec celle des syphilides; des excroissances d'un jaune orange, et que l'on voit parsemées de vaisseaux variqueux, envahissent la membrane, et la pupille se déforme. M. Deval n'attache pas autant d'importance que les auteurs allemands à la forme que prend la pupille dans un sens plutôt que dans un autre, pour distinguer la nature de l'affection; mais il pense que les masses polypiformes, inégales, bosselées, communément désignées sous le nom de *condylômes de l'iris*, jointes au commémoratif et aux symptômes concomitants, constituent les bases principales du diagnostic différentiel.

Après avoir rapporté trois observations à l'appui de ses opinions, l'auteur critique le nom de *cercle arthritique* assigné par les ophthalmologistes allemands à l'anneau ardoisé qui, dénotant un mouvement congestif des vaisseaux ciliaires, une turgescence des ramifications vasculaires qui abondent à la périphérie de l'iris et de l'appareil lenticulaire, montre une iritis existant déjà ou qui est près d'éclater avec ses caractères pathognomoniques. Comment, en effet, l'iris et la cristalloïde antérieure pourraient-ils être frappés de phlogose sans que la couronne vasculaire qui les limite et les pénètre ne se congestionne?

C'est principalement sur le début du mal que l'auteur attire l'attention des praticiens. A cette époque, les changements survenus dans l'aspect de l'iris et de la pupille étant très-légers, il importe de prendre en sérieuse considération l'état de la peau, de la gorge, sans négliger les données fournies par les accidents syphilitiques antécédents qui ont pu exister. Ces renseignements peuvent faire reconnaître dans le principe la nature de la lésion de l'œil et prévenir les conséquences les plus fâcheuses.

M. Deval expose le traitement de l'iritis syphilitique, qui consiste surtout dans l'emploi combiné des moyens propres à combattre la phlogose de l'œil et de ceux que l'on oppose efficacement au vice vénérien constitutionnel. Dr E. HENROTAY.

Chronique.

BRUXELLES. — M. le docteur FALLOT, médecin principal de la garnison de Namur, a été admis récemment, sur sa demande, à la pension de retraite; il s'est fixé à Bruxelles.

Le Roi, voulant reconnaître une nouvelle fois les longs et honorables services de M. FALLOT, vient de lui conférer le titre honoraire de médecin en chef de l'armée belge.

— Des nominations viennent d'avoir lieu dans le service de santé militaire. M. DECAISNE, médecin de régiment, est nommé médecin de garnison (à Namur); M. le médecin de bataillon VAN LIL est nommé médecin de régiment, etc., etc.

Le médecin de garnison MERCHIE, de l'hôpital de Namur, passe à l'hôpital de Gand. — Le médecin de régiment JACQUELART, du 10e de ligne, passe au 4e d'artillerie.

— M. HAIRION n'ayant pu assister à la dernière séance de l'Académie de médecine, la lecture de sa note sur le collodion a été renvoyée à la séance de janvier.

LIÉGE. — Un arrêté royal vient de confier à M. NICOLAS ANSIAUX, la chaire de clinique chirurgicale près notre Université, vacante par la mort de M. DE LA VACHERIE.

Une décision ministérielle porte que le cours d'ophthalmologie théorique et clinique, dont était chargé M. NICOLAS ANSIAUX, sera donné par M. BORLÉE, professeur agrégé.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES NOMS D'AUTEURS.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE VINGTIÈME VOLUME.

(DEUXIÈME SEMESTRE 1848.)

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU XX[e] VOLUME.



